



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

VITÓRIA DE MACEDO BUZZI

ARRANCARAM ELA DE MIM:
RESPONSABILIDADE E REPARAÇÃO POR UMA MORTE MATERNA
OCORRIDA NA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

Brasília – DF

2023

VITÓRIA DE MACEDO BUZZI

ARRANCARAM ELA DE MIM:
**RESPONSABILIDADE E REPARAÇÃO POR UMA MORTE MATERNA
OCORRIDA NA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Debora Diniz

Brasília – DF

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

VITÓRIA DE MACEDO BUZZI

ARRANCARAM ELA DE MIM:
RESPONSABILIDADE E REPARAÇÃO POR UMA MORTE MATERNA
OCORRIDA NA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília.

A candidata foi _____ em 28 de agosto de 2023

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Debora Diniz (Orientadora)

Faculdade de Direito – UnB

Profa. Dra. Gabriela Rondon (Membra externa)

Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP)

Profa. Dra. Janaína Penalva (Membra interna)

Faculdade de Direito – UnB

Profa. Dra. Luciana Stoimenoff Brito (Suplente)

Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero – Anis

RESUMO

Este trabalho foi realizado a partir de um caso de morte materna ocorrido durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. O objetivo é analisar formas de reparação e responsabilização pela morte de Viviane Albuquerque Lucena de Melo, mulher puérpera cuja vida foi tomada na pandemia. A partir do assombro pelo vivido e da demanda da família por reparação, uso minha posição de pesquisadora e advogada para desenvolver o *reparar sob duas perspectivas*: a reparação por meio do testemunho, ao contar a experiência de Viviane durante a pandemia, e a reparação pelo litígio jurídico, ao desenvolver fundamentos que possam embasar possíveis ações judiciais de responsabilização. Trabalho a ideia foucauldiana de revanche para propor formas de reparação que signifiquem um se voltar contra o poder que fez Viviane desaparecer. Minha argumentação é construída em três capítulos. No primeiro, falo da minha aproximação com o caso e da importância de contar a história da morte de Viviane. Desenvolvo a ideia de revanche e exponho as formas de reparação por mim pensadas: a reparação por meio do testemunho e a reparação por meio da proposta de litígio jurídico. Faço as considerações éticas e metodológicas para o caso e discorro sobre os arquivos nos quais me debrucei para contar a experiência de Viviane e sobre a escolha em tratá-la pelo seu nome verdadeiro como uma forma de tirá-la da invisibilidade. No segundo, retrato o tempo vivido à época da morte de Viviane. Trago o cenário da mortalidade materna no Brasil antes da pandemia, analiso o que poderia ter sido feito para salvar da morte pessoas grávidas e gestantes com base em documentos e pesquisas nacionais e internacionais e relato o que fizeram com estas mulheres, além de expor quais foram as decisões tomadas pelo Estado brasileiro para enfrentar a pandemia e a alta mortalidade materna. No terceiro e último capítulo, ingresso na argumentação jurídica para construir bases que possam fundamentar possíveis litígios nos tribunais internacionais ou nacionais. Justifico a escolha em responsabilizar o Estado brasileiro e seu então representante, Jair Bolsonaro, pela morte de Viviane e abordo três possibilidades de reparação judicial: a responsabilização internacional, a responsabilização civil estatal e a responsabilização criminal de Jair Bolsonaro. Trabalho a ideia de que as condutas do então presidente da República significaram a adoção de uma política letal no gerenciamento da pandemia chamada por mim de ordem de matança. Como consequência, argumento a possibilidade de tratar as ações de Jair Bolsonaro como homicídios e feminicídios de mulheres grávidas e puérperas. Concluo que o Estado brasileiro, responsável por zelar pela vida e saúde de Viviane, ao adotar condutas que contrariavam as melhores evidências disponíveis à época, agiu para matá-la, ou, ao menos, deixá-la morrer, assim, ao ser interpelado judicialmente, mesmo que não garanta uma vitória, pode obrigá-lo a encarar o que fez com Viviane e a testemunhar sua história.

Palavras-chave: morte materna; COVID-19; testemunho; responsabilidade do Estado; feminicídio.

ABSTRACT

This study is based on a case of maternal death that occurred during the COVID-19 pandemic in Brazil. The objective is to analyze ways of repairing and taking responsibility for the death of Viviane Albuquerque Lucena de Melo, a puerperal woman whose life was taken during the pandemic. Based on the astonishment at what happened to her, and the family's demand for reparation, I use my position as a researcher and a lawyer to develop repair from two perspectives: reparation through witnessing, by telling Viviane's experience during the pandemic, and reparation through litigation, by developing foundations which may support possible lawsuits of accountability. I work with the Foucault idea of revenge to develop reparation proposals which imply turning against the power that made Viviane disappear. My argument is built in three chapters: in the first one, I talk about my approach to the case and the importance of telling the story of Viviane's death. I develop the idea of revenge and expose the forms of reparation thought by me: reparation through witness and reparation through the proposal of a legal dispute. I make the ethical and methodological considerations for the case and discuss the files I analyzed to tell Viviane's experience, and the choice to address her by her real name to remove her from invisibility. In the second chapter, I depict the context of Viviane's death. I bring the scenario of maternal mortality in Brazil before the pandemic, analyze what could have been done to save pregnant people from death based on national and international documents and research, and report what was done to these women, or what decisions were taken by the Brazilian State to face the pandemic and the high maternal mortality. In the third and final chapter, I develop the legal arguments that could build the foundations of possible disputes in Brazilian courts. I justify the choice to hold the Brazilian State and its then representative, Jair Bolsonaro, responsible for Viviane's death, and I discuss three possibilities for judicial reparation: international accountability, civil accountability of the State, and criminal accountability of Jair Bolsonaro. I work on the idea that their management meant adopting a lethal policy in handling the pandemic, which I call an order of death. Consequently, I argue the possibility of considering Jair Bolsonaro's actions as homicides and feminicides of pregnant and postpartum women. I conclude that the Brazilian State, responsible for caring for Viviane's life and health, acted to kill her or let her die, and interpellating it in court, even if it does not guarantee a legal victory, may force it to face what it did to Viviane and witness her story.

Keywords: maternal death; COVID-19; witness; State accountability; feminicide.

SUMÁRIO

Prólogo	8
1. Por que falo de Viviane, e como me aproximo de sua história	10
1.1 Revanche pela reparação	13
1.2 Os arquivos que contam a história de uma morte	21
1.3 A escolha em nomear Viviane	23
2. Como se desenha uma tragédia	26
2.1 O cenário anterior	29
2.2 O que deveria ter sido feito.....	34
2.3 O que fizeram com elas.....	45
3. Como reparar a vida tomada.....	58
3.1 Responsabilizar o poder.....	60
3.2 A reparação pelo litígio jurídico	62
3.3 A ordem de matança	68
Epílogo	73
Referências	76

PRÓLOGO

O Brasil foi o epicentro global de mortalidade materna durante a pandemia de COVID-19.¹ A afirmação, ao mesmo tempo em que impacta, convoca à ação. Pesquisar, no tempo histórico em que vivemos, torna-se uma oportunidade – talvez um chamado ético – para desenvolvermos instrumentos na vida acadêmica que nos permitam investigar o vivido e, a partir dos achados, analisar possibilidades de mitigar direitos violados.

Junto ao grupo de pesquisa envolvido no projeto *Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre a mortalidade materna*, nos movemos para investigar, desde o relato de familiares e pessoas das relações de afeto, quais foram as experiências de mulheres grávidas, parturientes e puérperas na busca pelo cuidado com sua saúde cujas vidas foram tomadas na pandemia.² A nós, interessava saber quais foram as barreiras vividas por essas mulheres, os desalentos ignorados e os cuidados negados. Buscávamos responder a um questionamento coletivo: *o que fizeram com elas?*

Após um chamado público nas redes sociais de uma das integrantes do grupo, famílias que perderam suas filhas, mães, esposas ou irmãs testemunharam suas histórias às pesquisadoras. Foi assim que, em abril de 2021, deu-se o nosso encontro com a história de Viviane Albuquerque Lucena de Melo, a primeira mulher puérpera a morrer em Pernambuco durante a pandemia da COVID-19.

É a partir do relato da sua mãe, Silvia Quitéria Albuquerque de Lucena, ou Dona Silvia, como carinhosamente me refiro a ela ao longo deste trabalho, que conheço o vivido por Viviane, desde sua infecção, internação, parto e morte. Seu relato às pesquisadoras é de dor, saudade e indignação de uma mãe que teve a filha *arrancada* de si.

O chamado à ação, a mim, traduz-se em uma necessidade de reparar o vivido e a vida que foi tomada. Assim, uso esta pesquisa para analisar formas de reparação e responsabilização pela morte de Viviane. Trato a reparação como uma *revanche* contra o poder que a fez desaparecer (Foucault, 2003) e desenvolvo o reparar sob duas perspectivas: a

¹ A conclusão consta na pesquisa desenvolvida por Debora Diniz, Luciana Brito e Gabriela Rondon (2022) intitulada “Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: Preliminary findings of a qualitative study”, publicada no “The Lancet Regional Health – Americas”.

² As pesquisas e os documentos sobre os quais me apoiiei para realizar este trabalho, em sua maioria, tratam da experiência das mulheres cis sobre gestação, parto e puerpério. Reconhecendo a amplitude de possibilidades que tocam a questões de identidade de gênero, entendo que os achados que tocam às mulheres grávidas e puérperas também cabem às pessoas grávidas ou puérperas durante a pandemia.

reparação por meio do testemunho, ao contar a experiência de Viviane durante a pandemia, e a reparação pelo litígio jurídico, ao desenvolver fundamentos que possam embasar uma possível ação de responsabilização e indenização.³

É a partir do meu assombro com o vivido (Foucault, 2003; Diniz e Gebara, 2022) e da demanda de Dona Silvia por reparação (Paris, 2022; Segato, 2021) que me aproximo da história da morte de Viviane, como detalho no primeiro capítulo.⁴ Essa aproximação se dá a partir de uma dupla posição de pesquisadora e advogada, de quem investiga um evento e, em paralelo, movimenta categorias necessárias para levar este caso aos tribunais.

Por essa razão, no segundo capítulo, busco retratar um tempo. Mesmo que a morte de Viviane tenha se dado nos meses iniciais da pandemia, importa demonstrar quais evidências estavam dadas àquele momento e que poderiam guiar o cuidado com sua saúde. Pretendo demonstrar como se desenhou a tragédia coletiva que vivemos, desde o que já se sabia à época da morte de Viviane até o que foi feito com essas mulheres, ou como o poder se movimento para matar – ou, ao menos, deixar morrer – mais de duas mil mulheres grávidas, parturientes ou puérperas na pandemia.

No terceiro capítulo, cuidarei da reparação sob a perspectiva do litígio a ser desenvolvido nos tribunais. Minha intenção é, a partir da teoria jurídica, delimitar qual poder pode ser interpelado nas cortes pela morte de Viviane, por quais atitudes pode ser responsabilizado, e como fazê-lo. Pretendo apresentar algumas respostas possíveis; propostas de estratégias que possam mitigar os direitos violados desde minha posição de advogada da família. Ao mesmo tempo, desenvolverei o conceito de *ordem de matança* para trabalhar como o poder agiu para matar ou deixar morrer mulheres grávidas e puérperas durante a pandemia.

Responder à indagação *o que fizeram com elas?* implica duvidar da narrativa oficial sobre a experiência coletiva que vivemos. Esta pesquisa é um exercício de desobediência à história única que o poder conta sobre Viviane e milhares de outras mulheres.⁵

³ Michel Foucault (2003) usa o substantivo *revanche* quando trata dos seus personagens que tiveram as vidas lembradas pelo encontro com mesmo poder que os queria aniquilados.

⁴ Escrevo “história da morte” porque “história de Viviane” não me pareceria correto. Não estou contando sobre sua vida pessoal, suas filhas, seu trabalho, seus estudos e sua relação tão próxima com a mãe. Aqui, me interessa o episódio-morte, um recorte pontual de uma história muito maior do que a narrada neste trabalho.

⁵ Chimamanda Adichie (2019) explica a história única como a história definitiva, a oficial, aquela cujas premissas não são questionadas porque são sempre apreendidas como verdadeiras.

1. POR QUE FALO DE VIVIANE, E COMO ME APROXIMO DE SUA HISTÓRIA

A história de Viviane surge em meio a centenas de outras mortes maternas por COVID-19 no Brasil. Seus registros médicos me contam alguns detalhes da sua vida: era uma mulher de 34 anos de idade, branca, mãe de gêmeas, estava em sua segunda gravidez e foi internada à 31ª semana de gestação com sintomas de febre, falta de ar, congestão nasal e mal-estar. Deu entrada em um hospital privado de Recife em 28 de março de 2020 e morreu oito dias depois. Foi uma vítima na pandemia que dizimou mais de 700 mil vidas no Brasil e, dentre os mortos, 2.055 mulheres grávidas e puérperas.^{6,7}

O que faz sua morte se destacar em meio a tantas outras? Acredito que a resposta imediata se deve ao grupo de pesquisa envolvido no projeto *Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre mortalidade materna*, que, durante o ano de 2021, entrevistou vinte e seis famílias de mulheres grávidas e puérperas que tiveram suas vidas tomadas durante a pandemia, como consequência não só da COVID-19, mas também das ações tomadas pelo Estado brasileiro sobre saúde materna e direitos sexuais e reprodutivos nesse período.^{8,9,10,11} O objetivo era entender quais foram as barreiras experimentadas por essas mulheres ao acessar o sistema de saúde (Diniz; Brito; Rondon, 2022; Rondon; Diniz; Benvindo, 2022).

Foi através dessa busca ativa por casos de mortes de mulheres na pandemia que a mãe de Viviane foi ouvida, em abril de 2021. Dona Silvia é quem também provoca meu encontro com a história que narro e analiso. É por ela que fico sabendo quem era Viviane fora dos prontuários médicos: a forte ligação com a mãe, o cuidado com as filhas e a sobrinha, a beleza

⁶ A identificação de Viviane como mulher branca aparece em seu atestado e certidão de óbito.

⁷ O dado atualizado sobre o número total de mortes por COVID-19 no Brasil foi retirado do Painel de Coronavírus (COVID-19) da Organização Mundial da Saúde, disponível em: <https://covid19.who.int/> (última consulta em abril de 2023). Já o número total de mortes de mulheres gestantes e puérperas no Brasil é promovido pelo DATASUS do Ministério da Saúde, e informado mensalmente no boletim fornecido pelo Observatório Obstétrico Brasileiro (OObR) por e-mail, disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/obitos-grav-puerp/> (última consulta em abril de 2023).

⁸ Coloco Dona Silvia em segundo lugar não pela ordem de importância, mas pelos marcos temporais. Primeiro, o grupo se organizou e fez a busca ativa pelas famílias, e, depois, Dona Silvia dá seu relato às pesquisadoras.

⁹ Os achados da pesquisa foram publicados no artigo “Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: Preliminary findings of a qualitative study” (Diniz; Brito; Rondon, 2022).

¹⁰ Gabriel Rondon, Debora Diniz e Juliano Benvindo explicam que a metodologia empregada foi pensada para ser criativa, “considerando a vigência da pandemia, as regras de distanciamento social e, mais importante, o luto das famílias”. O grupo utilizou o Instagram e o Twitter de uma das autoras para divulgar a busca que faziam por essas famílias, e “a chamada virtual por participação teve resposta significativa” (2022, p. 6).

¹¹ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília e executada pela Anis – Instituto de Bioética. O acesso, por mim, aos dados sobre o caso de Viviane foi viabilizado por intermédio de Termo de Compromisso para Acesso a Dados de Pesquisa para Fins de Estudo Derivado.

e a risada alta. Dona Silvia fala com orgulho da filha que, fisioterapeuta formada, estava a dois meses de concluir a graduação em direito. Lembra com carinho o pedido da filha para que a mãe, cabeleireira de profissão, aprontasse seu cabelo para o parto. Seu relato às pesquisadoras é um retrato de saudade e revolta de uma mãe que busca respostas sobre o que fizeram com sua filha.

Viviane não é uma das testemunhas da pandemia que poderia ter sido salva pela vacina. As notícias dos jornais me contam que foi a primeira mulher grávida a morrer em Pernambuco e, por essa razão, seu caso ganhou notoriedade nacional.^{12,13} À época, Pernambuco contabilizava 30 óbitos, número ainda tímido quando comparado às 22.566 mortes que ocorreriam naquele estado desde o início da pandemia.¹⁴

Sua infecção ocorreu cerca de dois meses após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar o surto do novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e dezessete dias após a decretação do estado de pandemia pelo mesmo órgão internacional.¹⁵ A Rússia e o Reino Unido, primeiros países a iniciarem a vacinação em massa da população, aplicaram as primeiras doses somente em 5 e 8 de dezembro de 2020, respectivamente.¹⁶ No Brasil, a vacinação começou em 17 de janeiro de

¹² Sua morte foi noticiada no G1 (ALVES, Pedro. Fisioterapeuta grávida morre de coronavírus e bebê fica internado, diz hospital. **G1**, Pernambuco, 06 de abril de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/04/06/fisioterapeuta-gravida-morre-com-coronavirus-e-bebe-fica-internado-diz-hospital.ghtml>), CBN (COVID-19: morre primeira gestante em Pernambuco. **CBN**, Recife, 06 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.cbnrecife.com/artigo/vitima-da-covid-19-falece-primeira-gestante-em-pernambuco>), O Globo (CASTRO, Rodrigo. Grávida morre de COVID-19 em Recife, e bebê sobrevive. **O Globo**, 06 de abril de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/epoca/brasil/gravida-morre-de-covid-19-em-recife-bebe-sobrevive-24353787>), UOL (MADEIRO, Carlos. Gestante morre por covid-19 em Recife; bebê é retirado com vida e vai à UTI. **UOL Notícias**, Maceió, 05 de abril de 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/05/gestante-morre-por-covid-19-em-recife-bebe-e-retirado-com-vida-e-vai-a-uti.htm>), Metrôpoles (GRÁVIDA morre por coronavírus em PE; médicos tentam salvar bebê. **Metrôpoles**, 06 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.metropoles.com/saude/gravida-morre-por-coronavirus-em-pe-medicos-tentam-salvar-bebe>), Istoé (CORONAVÍRUS: gestante morre de COVID-19 e bebê é retirado com vida em PE. **Istoé**, 06 de abril de 2020. Disponível em: <https://istoe.com.br/coronavirus-gestante-morre-de-covid-19-e-bebe-e-retirado-com-vida-em-pe/>), dentre outras mídias. Acessos em: 2 abr. 2023.

¹³ Na realidade, Viviane era uma mulher puérpera quando faleceu, mas os jornais noticiam sua morte como a de uma mulher grávida.

¹⁴ A Secretaria de Planejamento e Gestão e a Secretaria de Saúde de Pernambuco, em parceria com a Agência Estadual de Tecnologia da Informação mantêm *on-line* o Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) em Pernambuco. Está disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2QwMzIxMDItZjcxOS00ZGZILThmOWEtZDNmZjlkNDU4MWQwIiwidCI6IjA5NWY4NjAxLTRhOWEtNDQ5MCIhODBkLWJmMTA4NTIiODkxMCI9&pageName=RepOrtSection59e9d3b77e33c5dd75bd>. Acesso em: 5 jan. 2023.

¹⁵ A declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) ocorreu em 30 de janeiro de 2020 e, em 11 de março do mesmo ano, a OMS caracterizou a COVID-19 como uma pandemia.

¹⁶ O progresso da vacinação contra a COVID-19 no mundo foi noticiado em diversas mídias, a exemplo da CNN Brasil: “Veja quais países iniciaram a vacinação contra a COVID-19; Brasil está fora”. **CNN Brasil**, 24 de

2021, apesar de depoimentos à CPI da Pandemia indicarem que o Brasil poderia ter sido o primeiro país do mundo a vacinar sua população.¹⁷

Mas, mesmo à época da morte de Viviane, já estavam disponíveis documentos e evidências que poderiam preparar o Brasil para a pandemia. A história da sua morte nos conta como o enfrentamento ao desafio sanitário que se impôs no Brasil esbarrou “na ausência de dados confiáveis, seja dos casos ou da implantação efetiva das medidas de supressão, frente às recomendações contraditórias das autoridades em cada nível de governo” (Werneck e Carvalho, 2020, p. 3), e foi uma experiência significativamente “pior para aqueles vivendo em países altamente desiguais, governados por líderes que negam a ciência” (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022, p. 1), a exemplo do Brasil.

Os números quantificam a tragédia vivida: somos o segundo país do mundo na soma absoluta de mortes, atrás apenas dos Estados Unidos da América; e o epicentro global de mortes maternas por COVID-19 (Diniz; Brito; Rondon, 2022), a maioria delas evitáveis (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022) e ocorridas entre mulheres pobres e negras (Santos *et al.*, 2020).¹⁸

Estudos sobre o tema se debruçam sobre a razão para a escalada de mortes maternas no Brasil. A alta é descrita como consequência da ineficiência do serviço de saúde e da sua inabilidade de lidar com a pandemia, que impediram uma resposta efetiva e centrada na saúde de mulheres visando diminuir os impactos adversos na saúde reprodutiva (Diniz; Brito; Rondon, 2022); e também como consequência dos “efeitos estruturais nocivos da cruzada anti-gênero no Brasil”, em que as mulheres “não foram tratadas como pacientes, mas como futuras mães” (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022, p. 7), às quais eram adiadas ou negadas intervenções intensivas no combate à infecção em nome do desenvolvimento fetal. A experiência de Viviane, desde a primeira procura ao hospital até sua internação e morte, é um testemunho disso.

Neste primeiro capítulo, descrevo as escolhas éticas e metodológicas que envolvem e movem esta pesquisa. Na primeira seção, relato o meu encontro com o vivido por Viviane e

dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/quais-os-paises-que-ja-comecaram-a-vacinacao-contra-a-covid-19/>. Acesso em: 5 jan. 2023.

¹⁷ A declaração foi dada pelo diretor do Instituto Butantan, Dimas Covas, no depoimento prestado à CPI do Coronavírus ou CPI da Pandemia. Covas afirmou que “as idas e vindas nas negociações do governo federal e a demora na assinatura do contrato atrasaram o cronograma e a oferta de vacinas”. A íntegra do depoimento está disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/27/brasil-poderia-ter-sido-primeiro-do-mundo-a-vacinar-afirma-dimas-covas-a-cpi>. Acesso em: 10 jan. 2023.

¹⁸ Os dados sobre as mortes por COVID-19 nos outros países são providos pelo Painel de Coronavírus (COVID-19) da Organização Mundial da Saúde, anteriormente citado.

Dona Silvia, e como fui interpelada a trazer essa história para o campo do Direito. Elaboro uma linha do tempo do cuidado médico recebido por Viviane e discorro sobre o objetivo de usar a categoria *revanche* para tratar da reparação que busco pela sua morte em um duplo sentido: reparar testemunhando sua história; e reparar construindo possibilidades de movimentação jurídica contra os responsáveis pela sua morte.

Na segunda seção, descrevo o *corpus* que me apoio para elaborar esta pesquisa e a minha escolha em delimitar um marco temporal e cronológico para analisar parte da documentação. Na terceira e última seção, justifico a escolha em me referir à Viviane por seu verdadeiro nome.

1.1 REVANCHE PELA REPARAÇÃO

Dona Silvia acompanhou todo percurso da filha durante a doença, do aparecimento dos sintomas a internação, parto e morte. No seu encontro com as pesquisadoras, narrou que a filha sempre foi saudável e sem queixas de saúde na vida adulta. Com sete meses de gestação, apresentou sintomas parecidos com os de uma gripe, que fizeram a família buscar, primeiro, o auxílio da médica que fazia o acompanhamento pré-natal de Viviane. A orientação foi de que Viviane não fosse ao hospital, pois seus sintomas corresponderiam aos de uma gripe simples, o que gerou um atraso no cuidado com a sua saúde.

Com a piora do quadro, a família tentou novo contato com a médica, mas não foram atendidos. Decidiram dar entrada em um hospital privado de Recife, e Viviane foi internada em 28 de março de 2020, um sábado, pouco mais de um mês depois da confirmação do primeiro caso de coronavírus no Brasil e cerca de duas semanas após a declaração de pandemia de COVID-19 feita pela OMS.¹⁹

A partir desse momento, passo a ler o relato de Dona Silvia enquanto escavo os prontuários médicos de Viviane, com o auxílio de parecer técnico que me traduz a linguagem e o saber médico.^{20,21} Muitas passagens chamam a minha atenção. A primeira, a reclamação repetida da mãe, durante a entrevista, de que o teste para detectar a COVID-19 na filha foi feito no mesmo sábado da internação, mas os resultados só saíram cinco dias depois, na quinta-feira seguinte.

¹⁹ O primeiro caso confirmado de pessoa infectada pelo novo coronavírus no país ocorreu em 26 de fevereiro de 2020.

²⁰ Na próxima seção, detalho os arquivos sobre os quais me debrucei para esta pesquisa.

²¹ O parecer técnico foi produzido pela médica Ilana Ambrogi, com base nos documentos médicos do caso.

Nos registros do hospital, não encontro qualquer explicação para a demora e tampouco se houve, desde a internação, o início de tratamento específico para COVID-19, apesar de Viviane ser parte do grupo de risco e apresentar sintomas compatíveis com a manifestação da doença em mulheres grávidas (FEBRASGO, 2020b).²² Com o acesso, viabilizado e autorizado pela mãe, aos exames realizados em Viviane durante sua internação, sequer encontro o resultado do teste.

Noto também que Viviane compareceu por duas vezes no mesmo hospital privado, nas datas de 20 de março (oito dias antes da sua internação) e novamente em 23 de março (cinco dias antes da internação). No prontuário, foi dito que Viviane estava “bastante ansiosa”, mas não há menção a sintomas respiratórios. O corpo médico atribui seu estado à gravidez, e não considerou a hipótese de infecção pelo novo coronavírus.

Os remédios prescritos serviram para tratar dores e sintomas de uma mulher reduzida à ação de gestar. Foi prescrito à Viviane medicação para o enjoo, a dor que sentia no baixo ventre, a ansiedade, o sangramento e a perda de líquido. Apesar de o Ministério da Saúde, dias antes, ter lançado o Protocolo de Manejo da COVID-19 na Atenção Especializada (Brasil, 2020a), em que alertava para a presença de sintomas atípicos em mulheres grávidas infectadas, não foi coletado material para testar a presença do novo vírus.

Somente no prontuário do terceiro atendimento, quando houve sua internação por suspeita de COVID-19, é que encontro informações precisas sobre sintomas respiratórios. O prontuário do dia 28 de março de 2020 traz anotações de “febre e tosse há 05 dias”, além de mencionar “desconforto respiratório, dor no corpo e falta de apetite”. Mesmo fazendo parte, já oficialmente, do grupo de risco, e admitida no hospital com os sintomas característicos da infecção, passaram-se cinco dias entre a coleta do material para testagem do vírus e a conclusão do exame com o resultado positivo. Quando a suspeita da doença finalmente foi confirmada, em 2 de abril, quinta-feira, Viviane já estava sendo transferida para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido à piora gradual do seu padrão respiratório.

No prontuário da internação na UTI, chamam a minha atenção as anotações sobre o uso da cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento de Viviane, ainda que jamais tenha existido qualquer evidência médica da sua eficácia no tratamento da doença, e tampouco consulta à comissão de ética hospitalar.

²² O Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada, do Ministério da Saúde (Brasil, 2020a), lançado em 11 de março de 2020, incluía no grupo de risco “grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal)”. Também as orientações da FEBRASGO (2020b) iam nesse sentido.

Ambos os medicamentos foram usados com prescrição *off label* durante a pandemia, ou seja, fora da recomendação orientada na bula. Mesmo que o uso estivesse sendo justificado pela expectativa de benefício no tratamento da COVID-19, dados disponíveis já nos primeiros meses de 2020 apontavam para o risco de eventos adversos, como intoxicação e menor sobrevida das pessoas infectadas (Furlan e Caramelli, 2021; Dejong e Wachter, 2020).

Em fevereiro de 2020, antes mesmo da internação de Viviane, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco lançou o Protocolo Clínico Epidemiológico do Novo Coronavírus, o seu objetivo era o de “orientar a vigilância em saúde e a rede de serviços de atenção à saúde de Pernambuco para atuar na identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de infecção humana pelo novo Coronavírus” (Pernambuco, 2020, p. 7).

No documento, não há recomendação, ou sequer menção, ao uso da cloroquina ou hidroxicloroquina para o tratamento de pessoas positivadas para COVID-19. No item 8.9, encontro considerações específicas para o atendimento de mulheres grávidas. Há apenas dois parágrafos: o primeiro orienta que o uso de medicamentos que ainda se encontravam em investigação “deve ser guiado por uma análise de risco-benefício individual baseada no benefício potencial para a mãe e a segurança do feto, com consulta de um especialista em obstetrícia e comitê de ética”.²³

O segundo parágrafo dispõe sobre a decisão médica de realizar partos de emergência ou interrupções da gestação. O documento afirma que tais decisões são “desafiadoras, e baseadas em fatores como a idade gestacional, condição materna e estabilidade fetal. As consultas com especialistas em obstetrícia, neonatologia e terapia intensiva, dependendo da condição da mãe, são essenciais” (Pernambuco, 2020, p. 23).

Sei, pela leitura do parecer técnico e da documentação médica a que tive acesso, que esses protocolos não foram seguidos no caso de Viviane. A comissão de ética médica não foi ouvida e não há, nos prontuários médicos, relato de consulta com especialista em obstetrícia e tampouco com neonatologista, apesar da crescente gravidade da condição de saúde de Viviane, o que aconselharia a antecipação do seu parto.²⁴

²³ Apesar da menção ao “comitê”, o documento refere-se à Comissão de Ética Médica, vinculada ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

²⁴ Em 27 de abril de 2020, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia lançou o Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a Pandemia da COVID-19, apontando que a infecção por COVID-19 em mulheres grávidas não seria, por si, indicação para a antecipação do parto, “entretanto, indica-se antecipação do parto e a realização de cesárea no caso de gestantes que evoluam com sintomas graves ou críticos” (FEBRASGO, 2020b), exatamente o caso de Viviane.

Em seu relato às pesquisadoras, Dona Silvia menciona que, várias vezes, alertou aos médicos para, caso chegasse o momento de escolher entre a vida de Viviane e a segurança do feto, que escolhessem sua filha para salvar. Na sexta-feira e no sábado, dias críticos da internação de Viviane, repetiu ao médico: *Doutor, se for de salvar, ela.*

Essa possibilidade foi informada à Viviane antes de ser intubada na UTI por conta da piora em sua respiração. Ainda acordada, foi avisada pelo médico plantonista que, naquele momento, “a prioridade seria a paciente, apesar de que iriam fazer todos os esforços para tentar salvar a criança [sic]” (Prontuário eletrônico, 2020, p. 82).²⁵

Esse cuidado com a saúde de Viviane não foi observado por toda equipe médica. O médico que a intubou solicitou, na madrugada do dia 4 de abril, “avaliação da obstetrícia, a fim de considerar a interrupção [da gestação]” (Prontuário eletrônico, 2020, p. 45). Os dois plantonistas seguintes anotam, no prontuário, a sugestão de cesárea de emergência, dada a piora do estado de Viviane.

Apesar de a primeira sugestão de interrupção se ter dado às 2h da manhã do dia 4 de abril, às 8h12 do mesmo dia, a médica obstetra ainda não havia examinado Viviane. No prontuário, o médico plantonista anota:

Registro em prontuário que, embora comunicado à plantonista da obstetrícia, Elizabete Fulco, às 2 da manhã, da necessidade imperiosa de parecer obstétrico quanto à vitalidade fetal, a mesma recusou-se a vir ver a paciente ‘para não se expor’. Após uma espera de uma hora, insisti com a equipe de plantão e solicitei encarecidamente à Dra. Daniela que viesse ver a paciente, que veio, disse que ao sonar o feto parecia estar bem, porém a paciente estava gravíssima e não haveria como operar sozinha, além de que havia uma outra cesárea de urgência no HGMI. Saio do plantão com a paciente ainda sem definição quanto à cesárea de emergência pela gravidade da mãe, mais de 5 horas após ter solicitado definição e condução (Prontuário eletrônico, 2020, p. 49).

Essa foi a anotação que mais me chamou a atenção nos registros de Viviane, pela sua gravidade. Há, nesse trecho, uma síntese do descaso no cuidado com a saúde de uma mulher e a falta de diretrizes no seu tratamento. Mesmo com o conhecimento e a concordância de Viviane em interromper a gestação, não há, no prontuário, uma orientação única e coesa da equipe médica sobre o caminho que estavam trilhando para garantir a sua vida.

A cesárea aconteceu quase dez horas depois do primeiro registro no prontuário sobre a sua necessidade e urgência. Às 11h do dia 4 de abril, a equipe médica realizou o

²⁵ As anotações médicas que cito nesta seção constam em um arquivo eletrônico em formato PDF de 167 páginas enviados para Dona Silvia pelo hospital, e acessados e reproduzidos por mim mediante sua autorização. O arquivo é composto por vários documentos em que constam evoluções médicas, evoluções de enfermagem, anotações etc. O conjunto foi nomeado “Prontuário eletrônico” pelo hospital, e por isso o cito desta maneira.

procedimento de emergência, quando Viviane já havia entrado em choque séptico e seu estado de saúde era tido como gravíssimo. No seu relato, Dona Silvia questiona, diversas vezes, qual teria sido a razão da demora de realizarem o parto na filha.

Leio no parecer técnico que “a possibilidade de cesárea de urgência deveria ter sido feita diariamente desde o primeiro dia de sua internação”, mas foi adiada por razões que não encontro escritas no prontuário. No relato de Dona Silvia, vejo pistas sobre uma possível orientação do hospital nos cuidados com a saúde de uma mulher grávida infectada pelo novo vírus. Ela menciona que, em uma conversa com o diretor do hospital, quando perguntou o porquê da demora em medicar de forma intensiva a filha logo que ela foi internada com sintomas de COVID-19, ele respondeu: *ah, porque ela estava grávida.*

Viviane não foi tratada como uma pessoa que sofria. A atenção médica estava voltada à gravidez; era este o estado a ser tratado. Dona Silvia tem essa clareza em seu relato: a de que a gravidez da filha, tão esperada por ambas porque seria o primeiro menino na casa que compartilhavam, foi também decisiva para sua morte, porque orientou o cuidado médico recebido por Viviane.

Durante todo o período de internação, as informações da piora da filha chegavam de maneira desencontrada para Dona Silvia. Quando o médico do hospital informou à família o resultado positivo para coronavírus do teste, tranquilizou-a de que o perigo maior já havia passado, e que Viviane não morreria por conta do vírus. Mas, a partir de então, Dona Silvia viu de perto a piora gradual da filha na UTI.

No domingo da morte de Viviane, Dona Silvia relata que, pela tarde, deitou-se na cama para tentar descansar, depois de passar horas no hospital com a filha. Acordou sozinha, em meio ao que chamou de crise. Ao fechar os olhos, viu a imagem de Viviane e começou a chorar. A neta, ao seu lado, pedia que se acalmasse e perguntou o que estava acontecendo, ao que ela respondeu: *minha filha morreu.*

Viviane faleceu no dia 5 de abril de 2020, um domingo, após três paradas cardiorrespiratórias. No campo da certidão de óbito reservado à descrição da causa da morte, vem escrito “choque misto (cardiogênico e séptico), miocardite viral, síndrome respiratória aguda grave, COVID-19, hipotireoidismo, puerpério”. Traduzo essas causas como o desfecho da desassistência com sua saúde e a falta de preparo para lidar com o impacto do novo vírus em mulheres grávidas, parturientes e puérperas, materializado na demora no diagnóstico da COVID-19, no descaso com seus sintomas respiratórios, no atraso na transferência para a UTI e na recusa na realização da cesárea de emergência.

Em um trecho do seu relato, Dona Silvia elabora seu sentimento depois da morte da filha com uma palavra: revolta. Na entrevista, talvez esse seja o trecho que mais me toca: “Revolta. Sou revoltada até hoje. Não me conformo. Quem quiser que se conforme, eu não me conformo. *Como eu disse, ela não morreu. Foi arrancada. Arrancaram ela de mim*”. É a revolta de Dona Silvia que a leva a buscar por respostas e por reparação pela morte da filha. Este é um substantivo-sentimento que compartilhamos em nossos encontros, a revolta como indignação pelo que fizeram com Viviane e milhares de outras mulheres.²⁶

A revolta não é uma busca pela vingança. Ela parte do assombro da experiência vivida (Diniz; Gebara, 2022) e se traduz em um desejo de reparar o que o poder fez com Viviane. Por essa razão, uso esta pesquisa como uma ferramenta de elaboração de reparações pela morte de uma mulher na pandemia. A partir dos fragmentos do testemunho de Dona Silvia ao grupo de pesquisa, das minhas conversas com ela por telefone e mensagens, do fundo de arquivo que formei sobre o retrato da pandemia à época da morte de Viviane e das ações de um governo federal com agenda negacionista e anti-gênero (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022), construo formas de reparar uma vida tomada pelo poder.^{27,28}

Não posso contar a história de Viviane usando a mesma narrativa simplista adotada pelo “poder que a fez desaparecer” (Diniz; Gebara, 2022, p. 92): de que era uma mulher grávida, infectada por COVID-19 no início da pandemia; de que recebeu o tratamento disponível, mas sucumbiu à doença ainda puérpera. É necessário estabelecer outras premissas para que se questione a história única (Adichie, 2019) que contam sobre essas mulheres. Por isso, uso a pergunta elaborada por Debora Diniz, *o que fizeram com ela?*, como ponto de partida para contar o que aconteceu com Viviane.

A pergunta me faz questionar a sentença dada: são mulheres que morreram por conta da COVID-19. A causa escrita na certidão de óbito é a narrativa oficial que quero desobedecer, e assim o faço, estabelecendo questões anteriores a serem indagadas: quais eram as diretrizes no cuidado com a saúde dessas mulheres? Quais foram as orientações do Estado

²⁶ Debora Diniz (2022) usa a pergunta *o que fizeram com ela?* para questionar o ponto a partir do qual são contadas histórias sobre mulheres. O grupo que estuda as mortes maternas durante a pandemia da COVID-19 no Brasil também adota essa pergunta para subverter a narrativa única que fizeram destas mortes.

²⁷ Detalho os arquivos na seção seguinte.

²⁸ Sandro Cabral, Nobuiuki Ito e Leandro Pongeluppe (2021, p. 2) definem essa narrativa negacionista como aquela que se “recusa a admitir o mundo como ele é, no lugar de como gostaria que fosse”. Os autores mencionam que “esse estilo negacionista [dos líderes] afeta o comportamento social por meio de seus discursos públicos”.

brasileiro sobre esses cuidados? Sob quais evidências se basearam essas orientações? Como o poder se movimentou ou deveria ter se movimentado para evitar a morte dessas mulheres?²⁹

Estas são as perguntas que antecedem a causa da morte; são as que considero importantes para subverter a narrativa única que a história fez dessas mulheres e buscar reparação pela injustiça que sofreram. Debora Diniz explica que “definir as perguntas ou sua ordem de importância é uma das táticas mais eficientes para circular histórias únicas que provocam amnésia sobre a vida” (2022, p. 94), e é papel da pesquisadora feminista ser desobediente à história única, fazendo das suas perguntas um constante exercício de assombro e inquietação contra o poder.

A exemplo do que narra Michel Foucault em “A Vida dos Homens Infames” (2003), a história de Viviane chega até o grupo de pesquisa, e até mim, por causa do seu “contato instantâneo com o poder” (p. 206). Os *personagens obscuros* de Foucault, pessoas com “existências destinadas a passar sem deixar rastro” (p. 4), foram atravessados pelo poder na exata medida do seu anonimato. São personagens que se tornam conhecidos pelo poder não da forma que comumente poderia se presumir – seus grandes feitos ou suas histórias gloriosas –, mas de maneira inesperada e, nos casos contados por Foucault, um tanto irônica. São seus feitos violentos e imorais que os levam às mãos de um soberano capaz de julgar, perdoar ou punir.

A história da morte de Viviane narra uma vida tocada pelo poder, que também a tira do anonimato pela razão cruel de tê-la feito desaparecer. Sua morte – consequência de escolhas políticas e ideológicas, que negavam a ciência e as melhores evidências, e de queixas ignoradas e sintomas não tratados – não pode ser esquecida, encerrada em estatística ou selada em arquivos médicos.

Foucault usa o substantivo *revanche* ao mencionar a improbabilidade de que seus personagens, aniquilados pelo poder, ressurgissem em meio a tantos mortos para terem suas histórias lidas. Escolho me apropriar do mesmo substantivo, porque também objetivo uma forma de revanche: a revanche pela reparação. A revanche foucauldiana não remete à vingança, mas ao renascer das histórias que contam sobre vidas que, pelo seu choque com o poder, deveriam ser aniquiladas, mas foram resgatadas do esquecimento por “múltiplos acasos” (2003, p. 6).

²⁹ *Desobedecer* é um dos verbos trabalhados por Debora Diniz e Ivone Gebara no livro “Esperança Feminista” (2022).

O encontro de Foucault com seus personagens se deu quando lia, sem um objetivo definido, registros que versavam sobre internamentos ocorridos há mais de dois séculos. Foi seu assombro com as poucas linhas escritas sobre estas vidas que o moveram à escrita; não havia uma vontade de vingança, mas o desejo de contar sobre histórias que o tocaram intensamente.

Da mesma forma é a experiência do assombro, este afeto que “nos move à indignação” (Diniz; Gebara, 2022, p. 193), o encontro com algo que nos toca e nos marca de maneira tão singular, que me leva à pesquisa e a pensar em formas de reparar o vivido ou, em outras palavras, de elaborar uma *revanche* contra o poder.

Revanche é um substantivo-objetivo que compartilho com Dona Silvia. Troco mensagens com ela desde 2022, e uma das suas frases recorrentes é: *vamos pra cima deles*. Meu lado pesquisadora faz dessa ordem um exercício de transcender o espaço tradicional acadêmico, usando a pesquisa como uma forma de analisar possibilidades de reparação e mitigação de violações a direitos (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022). Minha parte advogada transforma a ordem em demanda no campo do direito litigante, na busca por uma sentença que aponte responsáveis e possibilite outras formas de reparação.³⁰

Além desses adjetivos, coloco-me também na posição de *escutadeira*, a figura da feminista que se oferece “em escuta para apreender a vida de outras mulheres para, junto a elas, reclamar o reconhecimento de suas vivências, suas necessidades e seus direitos” (Diniz; Gebara, 2022, p. 13). Talvez esse seja meu primeiro e mais importante papel, pois é escutando Dona Silvia que aprendo com seu vivido, e é a partir da sua demanda por reparação que elaboro este trabalho.

A demanda me leva a montar um caso judicial e, em paralelo, a desenvolver esta dissertação. Por essa razão, apresento esta pesquisa a partir da perspectiva de um conhecimento por demanda (Paris, 2022), uma adaptação da ideia da antropologia por demanda, de Rita Segato, ao tratar de “uma antropologia interpelada, solicitada, demandada pelos povos que durante um século lhe serviram de objeto” (2021, p. 16). No seu texto “Colonialidade do poder e antropologia por demanda”, Rita Segato fala da possibilidade de uma “antropologia por demanda e litigante, que, com sua caixa de ferramentas realiza a escuta

³⁰ Abordo, no capítulo final, as possibilidades de reparação jurídica pela morte de Viviane com a judicialização de ações contra o Estado brasileiro. Falo em “outras formas de reparação” porque, como abordei anteriormente, esta pesquisa é desenvolvida como uma forma de reparação, tanto pelo testemunho como pelo desenvolvimento de argumentos para o litígio jurídico. A partir dela, a elaboração de uma ação judicial e uma possível condenação estão em meu horizonte, e a sentença poderá apontar outras formas de reparação, como indenização financeira devida à família.

etnográfica indispensável para responder aos problemas dos povos e da vida no tempo presente” (p. 31). A autora condensa a linha que une os textos do livro como “respostas a demandas de setores afetados da sociedade e de organizações que atuam em sua defesa” (p. 27), todas envoltas “pela perspectiva crítica da colonialidade” (p. 31).

Tomo emprestados esses conceitos para também propor um conhecimento que existe ao ser convocado por uma família afetada, litigante porque serve à busca de respostas e reparação, e que pretende “responder às questões de seu tempo e enfrentar os debates do mundo” (Segato, 2021, p. 17). A partir disso, busco deixar evidente que uso esta pesquisa e o saber científico como um instrumento, um conjunto de poderes e saberes para pensar na realidade vivida. Desenvolvo uma pesquisa engajada, comprometida e situada, com compromisso ético e político com o mundo (Diniz, 2016), e sem a ambição ingênua da neutralidade ou objetividade científicas. Falo a partir de uma interpelação dos eventos que me tocam – o assombro com a história de Viviane, a demanda de Dona Silvia – e, por essa razão, mobilizam-me à escrita.

1.2 OS ARQUIVOS QUE CONTAM A HISTÓRIA DE UMA MORTE

O *corpus* sobre o qual me debruço para pesquisar é composto pelo conjunto do testemunho de Dona Silvia às pesquisadoras, mencionado anteriormente, uma conversa de 1h13min realizada em abril de 2021, e transcrita em 18 páginas; pelos arquivos médicos compostos de 904 páginas, dentre exames laboratoriais, fichas de atendimento, relatórios de evolução, folhas de anamnese, prescrição de medicamentos, relatórios de ocorrência, exames de imagem, boletins e descrições cirúrgicas, aos quais tive acesso por intermédio de Dona Silvia, que buscou pessoalmente, em dois hospitais privados em Recife, locais de internação de Viviane, toda documentação relacionada à filha, e nos enviou digitalizada, além da autorização que tive para usar os dados de *login* para obter outros arquivos médicos; pelas informações a mim fornecidas por Dona Silvia, em nossas conversas realizadas a partir de outubro de 2022; pela revisão da literatura nacional e internacional que me conta quais recomendações e evidências estavam disponíveis à época da morte de Viviane; pelos documentos nacionais lançados pelo governo federal também à mesma época; pelas notícias que trazem as falas e ações do então chefe do Executivo, Jair Bolsonaro, no mesmo período; e pela pesquisa eminentemente jurídica em doutrinas, livros e textos que tratam da responsabilidade do Estado brasileiro pelas mortes na pandemia.

Importa mencionar que os arquivos médicos por mim utilizados nesta pesquisa são documentos que, oficialmente, não foram feitos para contar histórias, mas, sim, para registrar procedimentos. Eles são necessários porque me trazem o tangível, a consequência imediata do contexto maior de falta de gerenciamento nacional de uma crise anunciada, e das ações do governo federal para negar a gravidade do vivido.

Enquanto Foucault (2003) acessa seus personagens por meio dos textos redigidos para os tornarem indignos de memória, eu também chego até Viviane dando outros sentidos aos dizeres médicos inscritos nos seus exames, relatórios de saúde e orientações de tratamento. Mais o que registros de uma internação, eles ganham, para mim, outro sentido, e passam a ser

a visão retraída de um fato inesperado, [...] instantes de vida de personagens comuns, raramente visitados pela história, a não ser que um dia decidam se unir em massa e construir aquilo que mais tarde se chamará de história. O arquivo não escreve páginas de história (Farge, 2022, p. 14).

Meus encontros com Dona Silvia, que também integram meu fundo de arquivo (Farge, 2022), deram-se, primeiro, por intermédio do seu depoimento ao grupo de pesquisadoras, já mencionado no início do capítulo; e, segundo, por videoconferência, mensagens e áudios de WhatsApp. Em nossa primeira conversa por vídeo, meu objetivo era conhecê-la e entregar-me à escuta. Novamente, uso a figura da *escutadeira*, a qual acrescento o substantivo de advogada; alguém que ouve para agir (Diniz; Gebara, 2022, p. 20).

Faço o que Arlette Farge (2022, p. 11) descreve como “uso diferido” do arquivo, aquele que não é o esperado, e é feito pelas pesquisadoras e pesquisadores que se proponham a escavá-lo para testemunharem um tempo. Meus arquivos não foram elaborados para o público, não estão organizados, não indicam por onde devo começar e qual caminho devo seguir; eles são, na realidade, o “vestígio bruto de vidas que não pediam absolutamente para ser contadas dessa maneira” (p. 13).

Quando Roland Barthes escreve sobre a fotografia, fala da foto como algo invisível. “Não é ela que vemos” (1984, p. 16), mas, sim, o fotografado. Ele busca responder qual a *essência* da fotografia (*inclassificável*, sentença) e supõe seu interesse por ela não como um tema, “mas como uma ferida: vejo, sinto, portanto noto, olho e penso” (p. 39). A essa ferida chama de *punctum*: a marca que uma fotografia em particular deixa em quem a olha, como uma flecha que o atravessa; por isso não é algo que se procure, é algo que nos acha.

O *punctum* também trata do tempo, de algo na fotografia que está morto, mas que atesta que existiu, porque resiste à ideia de morte: *isso foi* (Barthes, 1984, p. 118). Há aqui um paralelo com minha pesquisa, pois também construo a imagem de uma pessoa que foi, mas

que por meio da escrita pretendo que resista ao desaparecimento, pela marca, ou o *punctum*, que ela deixou em mim.

Encontro também aqui um paralelo com o invisível da fotografia, com o que não se vê de imediato, mas que desperta meu maior interesse, e é a *essência* que pretendo alcançar. Escavar os arquivos que retratam um tempo para reparar o vivido não envolve uma metodologia pronta, mas pensada no caminho. Esmiúço arquivos hospitalares, que me mostram as falhas na assistência média a uma mulher, enquanto faço o paralelo com o cenário nacional vivido à mesma época, da falta de gerência do governo federal frente à pandemia à declarada recusa em seguir as melhores evidências disponíveis.

Como resultado, vejo a forma como o poder se articulou para deixar mulheres como Viviane morrerem. Ela não está na ordem primária do que vemos, não aparece explícita nos documentos. É preciso juntar as pistas, ler o que me dizem os arquivos médicos, ouvir o vivido por Dona Silvia, analisar os documentos e notícias divulgadas à época, que demonstram as ideologias e diretrizes nacionais negacionistas baseadas em desinformação do Estado brasileiro (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022; Ferigato *et al.*, 2020; Orellana *et al.*, 2022; Guimarães *et al.*, 2023), para entender o conjunto de acontecimentos que feriram direitos de Viviane. São os arquivos que “revelam um não dito” (Farge, 2022, p. 13) que me interessam mais. É aqui que encontro as causas e consequências do que o poder fez com Viviane; e *do que fizeram com elas*.

1.3 A ESCOLHA EM NOMEAR VIVIANE

Escrever sobre alguém que desejo tirar da invisibilidade que o poder quis colocá-la me mobiliza a nomear Viviane pelo seu verdadeiro nome. Estendo o mesmo entendimento à Dona Silvia; se o testemunho em primeira pessoa de Viviane não é mais possível, a lembrança daquela que sobreviveu é fundamental para documentarmos a tragédia vivida.

Há escolhas éticas e políticas envolvidas em nomear os indivíduos sobre os quais contamos histórias. Debora Diniz (2015), ao contar a história da mulher há mais tempo abandonada em um hospital psiquiátrico no Brasil, decide chamá-la pelo seu verdadeiro nome: Josefa da Silva, ou Zefinha. Aos 18 anos, depois de ter *furado* uma mulher, Zefinha foi confinada por 2 anos em um presídio e, depois, transferida para o hospital psiquiátrico em que

moraria pelos próximos 37 anos.³¹ À época do encontro com as pesquisadoras, ela compunha o conjunto de 26 habitantes abandonados há mais tempo em um manicômio judiciário do Brasil.

Juvenal foi o louco mais longamente esquecido: o homem que viveu por mais décadas em regime de clausura em um hospital psiquiátrico. Luciana Brito (2016) conta sua história: depois de cometer um *gesto violento* contra o irmão, Juvenal Raimundo da Silva ou Juvenal Raimundo de Araújo foi apartado em um manicômio judiciário, onde viveu por 46 anos na qualidade de *louco bandido* (Brito, 2016, p. 11).³²

O tempo de clausura imposto a Zefinha e Juvenal excedia a pena máxima de trinta anos então permitida pela lei brasileira, o que revela a brutalidade dos seus abandonos. Retirá-los do esquecimento imposto e permitido pelo poder que os enclausurou para testemunhar suas histórias implica nomeá-los.³³ São casos em que o dever ético não é do anonimato, mas da nomeação (Diniz, 2015).

Debora Diniz explica que “há grupos ou metodologias para a quem a confidencialidade das informações é essencial para garantir direitos fundamentais” (2015, p. 2671). Os estudos sobre mulheres que abortam, explica a autora, pedem o anonimato porque tratam de mulheres tidas como criminosas pela lei penal e monstruosas pela norma moral. Revelar suas identidades implicaria tanto sua perseguição pela lei penal como estigma em ser taxada como *mulher que aborta*; são casos, portanto, que pedem o cuidado da confidencialidade.

No entanto, quando a pesquisa é “testemunho único de grave violação de direitos humanos” (Diniz, 2015, p. 2667) em que o abandono do sujeito é o que precisa ser endereçado, o dano não está na identificação, mas na perpetuação do anonimato. Nomear Zefinha e Juvenal passa a ser uma escolha ética e política contra a precarização das suas existências (Brito, 2016).

Conversei com Dona Silvia sobre a importância que vi em nomear Viviane. Meus encontros com ela sempre foram marcados pela horizontalidade e pelo diálogo sincero. Percebi, desde o início, que a confiança dela em mim se deve muito mais pelo respeito com

³¹ A contagem de anos corresponde a 2015, quando o artigo de Debora Diniz (2015) foi publicado.

³² Luciana Brito (2016) explica que a incerteza do nome correto também é sintoma do abandono. Em 46 anos, foi pouca a preocupação em identificá-lo.

³³ Em dezembro de 2019, o governo brasileiro sancionou a Lei nº 13.964, conhecida como “Pacote Anticrime”, e alterou o art. 75 do Código Penal Brasileiro para alterar o prazo máximo de pena de reclusão de trinta para quarenta anos. A pesquisa de Debora Diniz foi realizada antes da mudança da lei.

que trato a história de sua filha e pelo alinhamento de nossos objetivos mútuos do que pela simbologia e formalidades da advocacia.

E assim foi o encontro em que expliquei sobre minha pesquisa, meus objetivos, minha intenção de retirar sua filha da invisibilidade. Falei sobre questões de confidencialidade e intimidade, e que considero importante chamar Viviane e Dona Silvia por seus verdadeiros nomes, até mesmo para reivindicarmos a narrativa sobre suas histórias. Se as notícias nas revistas e jornais lamentaram a morte de Viviane em tom de fatalidade inevitável, expus que mudar a narrativa é também fazer justiça à sua memória.

Dona Silvia foi curta e carinhosa na resposta. Disse que confiava em mim, e me autorizava a falar sobre sua filha da forma que entendesse melhor. Juntas, portanto, decidimos que o resgate e ressignificação da história de Viviane pede sua nomeação.

2. COMO SE DESENHA UMA TRAGÉDIA

E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? (Bolsonaro, 2020).

Subverter a narrativa da morte de Viviane de uma tragédia inevitável a uma *ordem de matança* deliberada passa por mostrar o vivido de uma época. Importa expor como o Estado brasileiro, na pessoa de Jair Bolsonaro, aquele encarregado de formular e manifestar a vontade estatal, agiu durante a emergência global (segunda seção deste capítulo) e como deveria ter agido (terceira seção) para evitar as mortes de grávidas e puérperas, especialmente à época da internação e falecimento de Viviane.³⁴

As palavras que abrem este capítulo parecem sintetizar a postura do governo federal durante a emergência da COVID-19. Ao mesmo tempo em que causam aversão a quem lê, parecem responder de imediato: é assim que também se desenha uma tragédia. O contexto da fala é importante, enquanto ultrapassávamos a marca de cinco mil mortes, em 28 de abril de 2020, foi essa a resposta de Jair Bolsonaro aos jornalistas quando interpelado sobre o novo recorde de óbitos no país.³⁵ O posicionamento de quem deveria liderar o combate à pandemia mereceu destaque internacional: a revista científica “The Lancet” publicou, em maio de 2020, o editorial chamado “COVID-19 in Brazil: ‘So what?’” (2020), em referência à fala do então presidente.

À época, os olhos do mundo já estavam voltados para cá. A América Latina figurava como a região mais impactada pelo novo coronavírus, tanto em número de casos como de mortes (CEPAL, 2021), com o Brasil na dianteira. A postura de Bolsonaro foi percebida pela comunidade internacional como uma afronta e descaso à tragédia que vivíamos. Os seus discursos, desde o início da ameaça pandêmica, foram considerados conspiratórios, negacionistas e sem embasamento científico (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022; Ferigato *et al.*, 2020; Orellana *et al.*, 2022; Guimarães *et al.*, 2023). Em 9 de março de 2020, disse a jornalistas que as pessoas estavam superdimensionando o *poder destruidor do vírus*.³⁶ Em 20 de março, comparou a COVID-19 a uma *gripezinha* e, um mês depois, ao ser confrontado

³⁴ Trabalho com maior profundidade no capítulo seguinte a ideia de que as ações do Estado brasileiro durante a pandemia podem ser traduzidas como uma ordem de matança, um fazer, e não uma omissão estatal.

³⁵ A frase foi noticiada em vários veículos de jornalismo *on-line*, entre eles: Garcia *et al.* ‘E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?’, diz Bolsonaro sobre mortes por coronavírus; “Sou Messias, mas não faço milagre”. **G1**, Brasília, 28 de abril de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/28/e-dai-lamento-quer-que-eu-faca-o-que-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-coronavirus-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 5 fev. 2023.

³⁶ BOLSONARO diz que o “poder destruidor” do coronavírus “está sendo dimensionado”. **G1**, 09 de março de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/09/bolsonaro-diz-que-poder-destruidor-do-coronavirus-esta-sendo-superdimensionado.ghtml>. Acesso em: 30 jan. 2023.

sobre o crescente número de mortes (à época, passávamos de 2.500 óbitos), afirmou: *eu não sou covheiro*.^{37,38}

Em dezembro de 2020, quando somávamos mais de 180 mil mortes, Bolsonaro deixou clara sua postura antivacina, desencorajando a imunização dos seus apoiadores. Mencionou a possibilidade de virarem *jacaré [...], super-homem, de nascer barba em alguma mulher aí ou algum homem começar a falar fino*.³⁹ Em janeiro de 2021, declarou que *não há nada comprovado cientificamente sobre essa vacina aí*, em referência à Coronavac.⁴⁰

Durante uma das suas transmissões nas redes sociais, em fevereiro de 2021, afirmou que *o cara que entra na pilha da vacina, só a vacina, é um idiota*, além de ter defendido o tratamento precoce com hidroxicloroquina e ivermectina, amplamente desencorajado pela comunidade científica (Furlan e Caramelli, 2021), e informado sobre a negociação para a compra do spray EXO-CD24, cujas evidências para a prevenção e o tratamento da COVID-19 foram consideradas incipientes pelo Ministério da Saúde, em nota técnica publicada naquele mesmo mês.^{41,42}

Além da postura anticiência, havia uma profunda insensibilidade ao luto das famílias. Em nova entrevista a jornalistas, afirmou que a COVID-19 serviu para *encurtar por alguns dias ou semanas* a vida das pessoas com comorbidades.⁴³ A uma apoiadora que pediu uma palavra de conforto aos enlutados, disse que lamentava *todos os mortos*, mas que esse seria o

³⁷ Dois momentos em que Bolsonaro chamou COVID-19 de “gripezinha”, o que agora nega. **BBC News Brasil**, 27 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>. Acesso em: 6 jan. 2023.

³⁸ MARQUES, Jessica. Eu não sou covheiro: frase de Bolsonaro durante a pandemia viraliza em resposta ao luto de seus apoiadores. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/blogs/sonar-a-escuta-das-redes/post/2022/10/eu-nao-sou-coveiro-frase-de-bolsonaro-durante-pandemia-viraliza-em-resposta-ao-luto-de-seus-apoiadores.ghtml>. Acesso em: 6 jan. 2023.

³⁹ BOLSONARO sobre a vacina Pfizer: “Se você virar um jacaré, é problema seu”. **Istoé**, 18 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://istoe.com.br/bolsonaro-sobre-vacina-de-pfizer-se-voce-virar-um-jacare-e-problema-de-voce/>. Acesso em: 6 jan. 2023.

⁴⁰ MAZUI, Guilherme *et al.* “Vacina “não está comprovada cientificamente”, diz Bolsonaro, contrariando o que disse a Anvisa e as provas obtidas por cientistas. **G1**, Brasília, 22 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/01/22/vacina-nao-esta-comprovada-cientificamente-diz-bolsonaro-contrariando-o-que-disse-a-anvisa-e-as-provas-obtidas-por-cientistas.ghtml>. Acesso em: 6 jan. 2023.

⁴¹ SOARES, Ingrid. Bolsonaro diz que quer comprar spray anticovid-19 ainda em estudo. **Correio Braziliense**, 11 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/02/4906167-bolsonaro-diz-que-quer-comprar-spray-contra-covid-19-ainda-em-estudo.html>. Acesso em: 6 jan. 2023.

⁴² A conclusão do Ministério da Saúde, na nota técnica mencionada, afirmava que, apesar de o spray EXO-CD24 provocar uma melhora clínica nas pessoas hospitalizadas com COVID-19 moderada a grave, a evidência é “muito incipiente e refere-se a um ensaio clínico de fase I, com poucos participantes”. Apontava também para a falta de publicação dos resultados da pesquisa, além de as informações disponíveis não oferecerem “dados suficientes sobre os desfechos de segurança e eficácia obtidos” (Brasil, 2021a, p. 4).

⁴³ COVID apenas encurtou vida de vítimas por alguns dias ou semanas, diz Bolsonaro a alemães. **Folha de S. Paulo**, 23 de setembro de 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/09/covid- apenas- encurtou-vida-de-vitimas-por-alguns-dias-ou-semanas-diz-bolsonaro-a-alemaes.shtml>. Acesso em: 6 jan. 2023.

destino de todo mundo.⁴⁴ Quando visitou a cidade de São Simão, em Goiás, retrucou que seria hora de parar com *frescura e de mimimi*, e perguntou aos presentes: *vão ficar chorando até quando?*⁴⁵

A história da morte de Viviane responde a essa indagação. Sua família chora até hoje as consequências de como o governo federal agiu frente à pandemia que colocou o Brasil na vice-liderança dos óbitos por COVID-19 no mundo.⁴⁶

A reação do chefe do executivo às interpelações de repórteres, apoiadores ou críticos à sua gestão é símbolo de como o Estado brasileiro agiu frente à emergência de saúde global, desde a minimização dos impactos da transmissão no Brasil à adoção de diretrizes sem embasamento em evidências, à desconfiança na imunização, ao descaso na compra da vacina (Werneck e Carvalho, 2020) e à falta de diretrizes claras e ordenadas no cuidado com as mulheres, visando diminuir os impactos adversos na saúde reprodutiva (Diniz; Brito; Rondon, 2022).

Falar sobre a morte de Viviane e as possibilidades de revanche-reparação exige que se exponha o gerenciamento pelo Estado brasileiro da pandemia. Nomear e responsabilizar aqueles que a mataram ou a deixaram morrer passa por investigar alguns caminhos: na primeira seção, mostro qual era o cenário da mortalidade materna no país antes da pandemia. Na segunda, proponho-me a pensar “o que deveriam ter feito” para salvar a vida de Viviane e de milhares de outras mulheres grávidas e puérperas. Trago recomendações, protocolos e pesquisas, nacionais e internacionais, disponíveis desde o início da pandemia, além de ressaltar o impacto de uma emergência em saúde na vida das mulheres e a necessidade de políticas focadas em direitos sexuais e reprodutivos. Na última seção, relato “o que fizeram com elas”, ou quais foram as ações de fato do Estado brasileiro no processo de tomadas de decisão para o enfrentamento da pandemia e da alta mortalidade materna.

⁴⁴ “É o destino de todo mundo”, afirma Bolsonaro após lamentar mortes por coronavírus. **G1**, Brasília, 02 de junho de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/02/e-o-destino-de-todo-mundo-afirma-bolsonaro-apos-lamentar-mortes-por-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 6 jan. 2023.

⁴⁵ TOLEDO *et al.* Chega de frescura e mimimi, vão chorar até quando?, diz Bolsonaro sobre pandemia. **Folha de S. Paulo**, 4 de março de 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/chega-de-frescura-e-mimimi-vaio-chorar-ate-quando-diz-bolsonaro-sobre-pandemia.shtml>. Acesso em: 6 jan. 2023.

⁴⁶ Os dados são do painel interativo da OMS. Disponíveis em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

2.1 O CENÁRIO ANTERIOR

As mortes maternas durante a pandemia são um novo marco na desassistência do Estado brasileiro com a saúde das mulheres. Antes mesmo da emergência global, os números já demonstravam a gravidade da ausência do cuidado: entre 1996 e 2019, registramos mais de 40 mil mortes maternas no país, um número alto para uma tragédia evitável (OOBR, 2022).⁴⁷ A Organização Mundial da Saúde aponta que, na região da América Latina e do Caribe, 9 em cada 10 mortes maternas seriam evitadas caso fossem aplicadas medidas e recomendações comprovadamente eficazes, como assistência materna de qualidade, acesso universal a métodos contraceptivos e combate às desigualdades no acesso à saúde (OMS, 2022).

A mortalidade materna é um indicador não só de saúde, mas também de desigualdades. Seus índices são capazes de aferir não apenas o risco de morte na gestação, parto e puerpério, mas também “as condições de saúde da população feminina; a adequação do sistema em responder às necessidades sanitárias das mulheres; e as desigualdades sociais” (Motta; Moreira, 2021, p. 4399). Ela é o reflexo da “qualidade de vida de uma região, especialmente os cuidados prestados à assistência à saúde da população feminina” (Viana; Novaes; Calderon, 2011, p. 144).

Por essa razão, historicamente, essas taxas são mais altas em países e regiões ditas subdesenvolvidas ou em desenvolvimento – o Sul Global – e, mesmo dentro das regiões consideradas desenvolvidas, há diferença nos números de óbitos observados em classes socioeconômicas distintas. Em termos comparativos,

Países desenvolvidos têm razão de mortalidade materna (RMM) de 12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, e os países em desenvolvimento, 239 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Para a OMS, considera-se razoável até 20 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos. A RMM elevada indica um cenário de condições socioeconômicas precárias, baixo grau de informação e escolaridade, violência familiar e restrições no acesso a serviços de saúde de boa qualidade (Coelho *et al.*, 2022, p. 2).

Embora o fator econômico e as desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento estejam diretamente ligados ao índice de óbitos maternos de cada país, Rosane Viana, Maria Rita Novaes e Iracema Calderon explicam que países como Chile e Cuba, de padrão econômico no nível da América Latina, têm Razões de Mortalidade Materna

⁴⁷ O Observatório Obstétrico Brasileiro (2022) mantém um painel com os dados relacionados a mortes maternas a partir de dados providos do DATASUS, do Ministério da Saúde. O primeiro compilado de dados é de 1996.

(RMM) “comparável à observada nos países desenvolvidos. Este fato sugere que políticas públicas envolvidas com o processo de desenvolvimento do sistema de saúde poderiam melhorar as estatísticas do óbito materno” (2011, p. 145).

No Brasil, em específico, o problema prioritário não parece ser a falta de acesso aos serviços de cuidado à saúde materna (Leal *et al.*, 2022; Mario *et al.*, 2019; Martins, 2012). Aqui, mais de 90% dos partos ocorrem em hospitais – em algumas regiões, a porcentagem chega, praticamente, a 100% – e aproximadamente 97% das mulheres realizaram ao menos uma consulta pré-natal, chegando a 47% a porcentagem das que fizeram, no mínimo, as sete consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde (Laurenti *et al.*, 2004; Coelho *et al.*, 2022).

Nossa falta prioritária está na qualidade dos cuidados de pré-natal e atenção adequada ao parto e puerpério (Laurenti *et al.*, 2004). Elaine Costa, Rosemary Oliveira e Graciana Lopes contam que “a assistência irregular à [pessoa] gestante pode resultar em uma morte materna que poderia ter sido evitada por intermédio de desenvolvimento de ações de qualidade”. As autoras complementam que “as principais causas obstétricas diretas de mortalidade materna estão relacionadas às complicações na gestação ou no parto, em virtude de tratamento inapropriado, técnicas incorretas e omissões” (2021, p. 2).⁴⁸

Os distúrbios hipertensivos, por exemplo, maior causa de mortalidade materna, estão diretamente relacionados à qualidade da assistência à saúde das mulheres. Estudos apontam também outros fatores de risco, a maioria relacionada ao padrão do cuidado: o parto cesáreo anterior ou atual; a relação conjugal insegura e o abandono familiar; a peregrinação antes do parto, que leva a um risco quatro vezes maior para aquelas obrigadas a procurar três ou mais serviços; a gestação múltipla; a hipertensão prévia; e os antecedentes de aborto (Motta e Moreira, 2021).

Importa mencionar que o aborto inseguro é a quarta causa de morte materna no país, antecedido pela já mencionada hipertensão, por hemorragia e infecção (Brasil, 2022). Mariana Paris e Ilana Ambrogi explicam que as quatro causas estão relacionadas diretamente a “questões estruturantes em acesso à saúde e direitos sexuais e reprodutivos, impactados pela criminalização do aborto” (2023, p. 1).⁴⁹ Na prática, tratar o aborto como crime tem como

⁴⁸ A morte materna pode ser classificada como obstétrica direta ou obstétrica indireta. A direta é a que resulta de complicações obstétricas durante a gestação, parto ou puerpério “devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas” (Coelho *et al.*, 2022, p. 1). As indiretas são resultado de doenças pré-existentes ou desenvolvidas durante a gestação, mas não provocadas pelas causas diretas, e, sim, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (Brasil, 2009a).

⁴⁹ No período pandêmico, o debate sobre o uso da tele saúde como forma de garantir o acesso ao aborto seguro ganhou fôlego. Janaína Penalva, Amanda Nunes e Mariana Seabra (2023) narram que, diante da baixa

consequência não só as mortes de mulheres por aborto inseguro, mas também o aumento de barreiras para acessar o aborto legal.

A interpretação restritiva do risco à vida da mulher, uma das causas que permitiu o aborto legal, leva à realização do procedimento apenas em casos de risco iminente. Deixa-se de considerar o aborto como uma medida por vezes necessária para garantir a saúde da pessoa grávida, especialmente nos casos em que condições pré-existentes ou agravadas pela gravidez colocam, por si só, sua saúde em risco, e seriam capazes de autorizar o aborto legal (Paris e Ambrogi, 2023).

O caso de Viviane é bastante simbólico em relação à restrição interpretativa do permissivo do risco à vida e à saúde. Como mencionei anteriormente, a sugestão da interrupção à gestação é registrada por alguns médicos nos prontuários de saúde como uma medida necessária para conter o agravamento da sua condição, mas sua realização foi injustificadamente atrasada. Apesar da ciência e concordância de Dona Silvia e de Viviane, que foi informada, enquanto estava consciente, sobre a possibilidade da interrupção, o procedimento foi adiado até que o risco de vida fosse considerado iminente – e não foi mais suficiente para impedir sua morte.

As dificuldades em acessar o aborto e outros direitos sexuais e reprodutivos têm efeitos ainda mais profundos nas populações vulnerabilizadas, o que faz com que as mortes maternas no Brasil sejam, também, uma questão de classe e raça. O Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) aponta que “mulheres negras têm piores indicadores de acesso ao pré-natal bem como maiores taxas de mortalidade materna durante a gestação, parto e puerpério” (Coelho *et al.*, 2022, p. 1); além disso, apresentam uma RMM “sete vezes maior do que as mulheres brancas ou pardas, com razões de 275,0/100 mil NV entre mulheres pretas, 46,0/100 mil NV entre mulheres pardas e 43,0/100 mil NV entre brancas” (Motta e Moreira, 2021, p. 4401). Quando comparadas mulheres brancas, mulheres negras claras e mulheres negras retintas, estas têm os piores indicadores de cuidado adequado no pré-natal (Leal *et al.*, 2017).⁵⁰

disponibilidade dos serviços de aborto legal e sua concentração nas capitais do país, o uso da telemedicina poderia ampliar o acesso ao procedimento, além de eliminar “barreiras que, em última instância, deixam as mulheres abandonadas ao dilema entre realizar um aborto inseguro ou dar seguimento a uma gestação fruto de violência sexual contra sua vontade”.

⁵⁰ A Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2002) define a razão de mortalidade materna como o “número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado”.

A consequência da ausência do cuidado adequado afronta a lógica. Apesar dos óbitos decorrentes de causas obstétricas diretas serem “os mais evitáveis, já que podem ser diagnosticados e controlados no pré-natal”, representam 80% das mortes maternas no Brasil (Costa; Oliveira; Graciana, 2021, p. 7).

É a evitabilidade desse evento que colocou a redução da mortalidade de mulheres grávidas e puérperas como um desafio para a saúde pública no país. Sucessivas iniciativas do Ministério da Saúde buscavam este objetivo. Em 1984, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM); em 1994, a instituição da Comissão Nacional de Morte Materna; em 2000, a implementação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN); em 2004, a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; e, em 2011, a implementação da Rede Cegonha (Costa; Oliveira; Graciana, 2021; Brasil, 2009b).⁵¹

Os comitês de morte materna também merecem destaque entre as iniciativas. A PAISM adotou como ação estratégica a sua criação em todos os estados da federação. Assim, em 1987, foram instituídos os primeiros comitês municipais e, em 2005, todos os comitês estaduais e distrital estavam estabelecidos no país. O Manual dos Comitês de Mortalidade Materna os define como responsáveis por “identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes”, além de contribuir para “a melhoria da informação sobre o óbito materno, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada às [mulheres] gestantes” (Brasil, 2009b, p. 7).

As iniciativas refletiram, de fato, na redução dos índices de óbitos. De 1990 a 2011, a taxa de mortes maternas caiu 55%. A RMM reduziu de 141 óbitos femininos por causas maternas a cada 100.000 nascidos vivos (NV) para 64/100.000 NV em 2011, chegando a 56,2/100.000 NV em 2018 (Roma, 2019; Coelho *et al.*, 2022).⁵² Outro estudo, ao analisar um período mais longo de quase 30 anos, concluiu ter havido uma redução de 39% dos óbitos: de 3.818 mortes em 1990 para 1.935 em 2019, com declínio mais significativo entre os anos de 1990 e 2000 (Leal *et al.*, 2022).

Duas considerações devem ser feitas quando falamos da redução da RMM: a primeira, há dificuldade em fazer o real monitoramento dos números e tendências da mortalidade

⁵¹ Em 2022, a Rede Cegonha foi incorporada pela criação da Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI).

⁵² Em comparação, Reginaldo Freitas-Júnior aponta que mesmo os países de desenvolvimento semelhante ou inferior ao Brasil “possuem menores números de mortalidade materna, como por exemplo o Chile (25 mortes/100.000 NV), o Uruguai (29/100.000 NV)” (2020, p. 617).

materna, em razão da subinformação e do sub-registro das declarações das causas da morte. A subinformação está relacionada ao preenchimento incorreto das declarações de óbito, em que não é apontado que a morte está relacionada à gestação, parto ou puerpério. O sub-registro é a omissão do registro do óbito em um cartório, tanto pela dificuldade de acesso quanto pela existência de cemitérios irregulares e pela falta de conhecimento da população da importância do registro (Brasil, 2009b; Viana; Novaes; Calderon, 2011). Assim, falar de mortalidade materna é falar de óbitos declarados.

A segunda, ainda que a redução da RMM tenha sido significativa no período, a taxa alcançada em 2018 é significativamente aquém da meta firmada pelo Brasil junto à Organização das Nações Unidas (ONU). Desde 1987, com a Conferência de Nairobi, a redução da mortalidade passou a ser um compromisso dos países em desenvolvimento (Brasil, 2009b), especialmente do grupo de 30 países que respondiam por 80% de todas as mortes maternas no mundo, o Brasil entre eles (Leal *et al.*, 2022). Em 2000, quando ratificou os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODM), o Brasil se comprometeu a reduzir, até 2015, em $\frac{3}{4}$ o número de óbitos maternos. No entanto, no ano do vencimento do pacto, não conseguiu alcançar a meta de 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos e, desde 2012, não há redução sustentada dos índices (Roma, 2019; Nakamura-Pereira *et al.*, 2020a).

A diminuição da mortalidade materna foi, mais tarde, repactuada pelo Brasil no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), quando assumiu a nova meta de alcançar, até 2030, a taxa de 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No entanto, a pandemia representou um agravamento nos números. Aos já altos índices de mortes maternas, adicionou-se a falta de assistência de qualidade às mulheres grávidas e puérperas infectadas pelo novo coronavírus, o que levou a um excesso de 70% de mortes maternas (Orellana *et al.*, 2022).⁵³

Se, em 2019, registramos 57,9 mortes para 100 mil nascidos vivos, em 2020, chegamos à taxa de 74,7/100.000 e, em 2021, à 100,9/100.000 (Coelho *et al.*, 2022). A razão da mortalidade materna aumentou em 94% durante a pandemia (UNFPA, 2022), e as doenças virais, especialmente a COVID-19, substituíram as doenças hipertensivas como a principal causa de mortalidade materna no país (Coelho *et al.*, 2022). A disparada de mortes colocou o Brasil na liderança de óbitos maternos por COVID-19 no mundo (Diniz; Brito; Rondon,

⁵³ Orellana *et al.* (2022) explicam o “excesso de mortes” como a comparação entre as mortes observadas e as mortes esperadas sem a pandemia.

2022), e os números relacionados à mortalidade materna atingiram níveis não constatados há quase 30 anos (Paris; Ambrogi, 2023).

Para apontarmos os responsáveis por essa tragédia, importa rememorar seu desenrolar e, especialmente, quais evidências estavam disponíveis e quais caminhos poderiam ter sido escolhidos para gerenciar o impacto do vírus no Brasil e, em especial, nos direitos sexuais e reprodutivos.

2.2 O QUE DEVERIA TER SIDO FEITO

Para buscar respostas sobre qual seria o melhor cuidado – o recomendado e o possível – com a saúde das mulheres grávidas e puérperas, faço a revisão de alguns documentos técnicos, notas, artigos e relatórios, nacionais e internacionais, que trataram, desde o início da pandemia, dos impactos que a COVID-19 teria nos direitos sexuais e reprodutivos.⁵⁴

O levantamento não se pretende exaustivo. Não busco dar conta da totalidade do que foi produzido e divulgado sobre a relação pandemia e mulheres grávidas e puérperas, mas, sim, esboçar os contornos de um momento vivido, construindo o retrato de um tempo. Faço a linha do tempo com as evidências disponíveis para argumentar que a novidade de uma pandemia causada pelo vírus então desconhecido não serviria de justificativa para a morte dessas mulheres mesmo em um momento tão prematuro da emergência global.

Viviane foi uma das dez primeiras mulheres grávidas ou puérperas a sucumbirem à pandemia, e a prematuridade desses óbitos fez com que seu caso ganhasse relevância nas mídias e nos artigos acadêmicos.⁵⁵ Por isso, interessa-me a temporalidade dos documentos. Não perco do meu horizonte o objetivo deste trabalho: a análise de formas de reparação da morte de Viviane, e daí a necessidade de buscar os arquivos disponíveis antes ou durante o momento pandêmico à época aproximada da sua morte. Eles podem me mostrar se, mesmo durante as incertezas sobre as consequências do vírus, já circulavam documentos que deveriam ter orientado o Estado brasileiro no preparo para o impacto do vírus no Brasil. São estes que guiam o desenvolvimento da tese sobre o que deveria ter sido feito para salvar Viviane e milhares de outras mulheres.

⁵⁴ O levantamento de parte da documentação técnica específica (notas técnicas, manuais, protocolos etc.) foi produzido por Jackeline Santana e Clarissa Cavalcanti, integrantes da Clínica de Direitos Humanos da UnB – Projeto Cravinas, no processo preparatório para a propositura da ação que busca responsabilizar o Estado brasileiro pelos óbitos maternos na pandemia. Trago esta ação, produzida a muitas mãos, no último capítulo, como uma possibilidade de reparação pela morte de Viviane.

⁵⁵ Ver Amorim; Takemoto; Fonseca, 2020; Takemoto *et al.*, 2020a.

Meu recorte levou em consideração documentos de relevância mundial – aqueles divulgados por organizações internacionais – ou nacional – elaborados por organizações e órgãos brasileiros da área da saúde – nos primeiros meses da pandemia. São documentos baseados em evidências, elaborados por instituições reconhecidas, o que lhes confere credibilidade, um requisito importante para que possam ser reconhecidos como protocolos ou diretrizes confiáveis em um momento de incerteza.

Já os artigos e estudos acadêmicos levantados me ajudam a entender sob quais evidências os pesquisadores se apoiavam à época. Trago alguns artigos internacionais divulgados nos primeiros meses da pandemia sobre o cuidado com as mulheres grávidas e puérperas. À medida que o vírus alcança o Sul Global, apresento a produção brasileira, reflexo da realidade que vivíamos.

Vejo que, apesar do enorme desafio global de se combater um novo vírus, duas compreensões importantes, para este estudo, sobre o efeito da pandemia na vida e nos direitos das mulheres estavam claras antes mesmo da chegada do vírus ao Sul Global. A primeira, a experiência de que crises sanitárias de novas doenças afetam mulheres e homens de maneira distintas, as emergências em saúde regionais ou globais já vividas ensinaram sobre o impacto desproporcional na vida de mulheres e meninas e o agravamento das desigualdades de gênero (UNFPA, 2020b; ONU, 2020).

A segunda, a de que as alterações fisiológicas comuns às mulheres grávidas e puérperas poderiam deixá-las mais suscetíveis à infecção e ao desenvolvimento de sintomas mais graves, o que pedia maior atenção aos impactos da COVID-19 no cuidado com a saúde dessas mulheres. Mesmo que os poucos casos relatados de infecções neste grupo e a ausência de mortes maternas fossem evidências usadas para concluir, preliminarmente, que não haveria efeitos adversos, já havia preocupações de que “os resultados clínicos para mulheres grávidas com COVID-19 seriam piores do que a população não grávida”, devido à experiência prévia com a H1N1, a SARs e a MERS-CoV (Lucas; Bamber, 2021, p. 72).⁵⁶

Além disso, especialistas já alertavam para a possível e provável disparada da mortalidade materna, em especial nos países em desenvolvimento. A epidemia do vírus Ebola, por exemplo, vivida por diversos países da África Ocidental, em 2014, significou um aumento

⁵⁶ Sobre a falta de evidências para concluir a existência de efeitos adversos em mulheres grávidas e puérperas infectadas pela COVID-19, ver Luo e Yin, 2020; Takemoto *et al.*, 2020a; Khan *et al.*, 2020; UNFPA 2020a; UNFPA 2020b; ONU, 2020; Rasmussen *et al.*, 2020; em rol não exaustivo. Sobre os países com já elevados índices de mortalidade materna, ver UNFPA 2020a; UNFPA 2020b; ONU, 2020; Takemoto *et al.*, 2020a; Amorim; Takemoto; Fonseca, 2020; em rol não exaustivo.

atípico na mortalidade materna em Serra Leoa e na Libéria, dois dos países mais afetados pela doença (Lokot e Avakyan, 2020; Diggins e Mills, 2015). As normas de gênero recorrentes em muitos desses países implicavam uma maioria de mulheres nas funções de cuidadoras dentro das famílias e nas linhas de frente nos serviços de saúde, deixando-as mais suscetíveis à infecção (Wenham; Smith; Morgan, 2020).

Também durante a pandemia do H1N1, a chamada gripe suína foi a principal causa de mortes maternas em 2009 e 2010, e os marcadores da gravidez, do parto e do puerpério foram considerados fatores de risco para o agravamento da doença (Amorim; Takemoto; Fonseca, 2020). Estudos sobre a H1N1 e seu impacto na saúde materna mostraram aumento de 6% na razão da mortalidade materna entre 2008 e 2009, o que sugeria que uma nova pandemia voltaria a “evidenciar a preocupação de que as gestantes sejam afetadas de forma desproporcional” (Leal *et al.*, 2022, p. 7).

A epidemia do vírus Zika, vivida no Brasil em 2015, é outro exemplo de uma emergência em saúde que teve consequências exacerbadas de acordo com os marcadores de gênero, raça, região e classe. Debora Diniz (2016b), em seu extenso estudo sobre o impacto e as consequências do vírus dentro da realidade brasileira, relata que as pessoas mais afetadas foram mulheres pobres, negras, indígenas e nordestinas, que enfrentaram mais dificuldades para terem garantidos seus direitos sexuais e reprodutivos, e seguem ignoradas pelo Estado nas demandas sobre assistência às famílias e às crianças nascidas com a síndrome congênita do Zika.

Assim, apesar de lidarmos com um novo vírus, o cenário da pandemia sugeria um desfecho similar e se fazia necessária uma resposta focada nas mulheres para diminuir os impactos adversos na sua saúde reprodutiva (Diniz; Brito; Rondon, 2022). Clare Wenham, Julia Smith e Rosemary Morgan (2020), em artigo publicado antes mesmo da declaração da COVID-19 como um surto pandêmico, já reclamavam a necessidade de uma análise de gênero sobre os impactos da nova doença por parte de instituições de saúde internacionais e Estados.⁵⁷

Essa perspectiva guiou a elaboração de protocolos de assistência com recomendações sobre o melhor cuidado com a saúde de meninas e mulheres. Em 23 de março, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), organismo internacional parte das Nações Unidas,

⁵⁷ O artigo foi publicado em 6 de março de 2020 na revista “The Lancet”; a caracterização da COVID-19 como uma pandemia pela OMS se deu em 11 de março de 2020.

divulgou o documento “Sexual and Reproductive Health and Rights, Maternal and Newborn Health & COVID-19”, em que afirmava ser

fundamental que todas as mulheres tenham acesso ao parto seguro, cuidados pré-natais e pós-natais contínuos, incluindo testes de triagem de acordo com as diretrizes e padrões nacionais, especialmente nos epicentros da pandemia, onde o acesso a serviços para mulheres grávidas, mulheres em trabalho de parto e parto, e mulheres lactantes é impactado negativamente (UNFPA, 2020a, p. 1, tradução própria).

Como relatei acima, apesar de as primeiras evidências não demonstrarem a existência de efeitos mais graves da infecção em mulheres grávidas, a organização já alertava que mudanças físicas e imunológicas esperadas durante e após a gravidez fossem levadas em consideração na elaboração de protocolos de enfrentamento à pandemia. Pessoas grávidas deveriam ser tratadas com “máxima prioridade devido ao risco aumentado de resultados adversos” (UNFPA, 2020a, p. 1).

No período da divulgação do protocolo, eram poucas as notícias sobre infecção em mulheres grávidas e puérperas, e nenhuma morte materna havia sido reportada (Takemoto *et al.*, 2020a). No entanto, o avanço esperado do vírus em direção aos países em desenvolvimento e com altos índices de óbitos maternos recomendava preparo para responder aos impactos desproporcionais da pandemia no âmbito da saúde dessas mulheres.⁵⁸ Era essencial que tais países assegurassem a continuidade de serviços básicos relacionados à saúde de grávidas e puérperas e, de maneira ampla, aos direitos sexuais e reprodutivos (UNFPA, 2020a).

Chama-me especial atenção o trecho que pede que a garantia às “escolhas e [a]os direitos de mulheres e meninas à saúde sexual e reprodutiva sejam respeitados, independentemente de seu status de COVID-19, incluindo acesso à contracepção, contracepção de emergência, aborto seguro em toda a extensão da lei e cuidados pós-aborto” (UNFPA, 2020a, p. 2). A recomendação traz Viviane à memória, morta poucos dias após a divulgação do documento. Pondero se sua vida poderia ter sido poupada caso lhe fosse assegurada a interrupção ou antecipação da sua gestação, expressamente recomendada por alguns médicos no prontuário, mas adiada até que fosse tarde.

No mesmo mês de março de 2020, um segundo documento técnico, “COVID-19: A Gender Lens – Protecting sexual and reproductive health and rights, and promoting gender

⁵⁸ A organização sugeria que os impactos mais severos seriam sentidos “nos sistemas de saúde de países de baixa e média renda – com impactos piores em países que enfrentam crises humanitárias e fragilidade” (UNFPA, 2020a, p. 1).

equality” (UNFPA, 2020b), foi lançado pelo Fundo de População das Nações Unidas, advertindo que

a resposta de emergência ao surto de COVID-19 também significa que os recursos para serviços de saúde sexual e reprodutiva podem ser desviados para lidar com o surto, contribuindo para o aumento da mortalidade materna e neonatal, aumento da necessidade não atendida de contracepção e aumento do número de abortos inseguros e infecções sexualmente transmissíveis (UNFPA, 2020b, p. 4, tradução própria).

Os impactos, explica a organização, seriam sentidos pelas mulheres em vários contextos. As trabalhadoras das áreas da saúde e de assistência, em geral, representantes de 70% desta força de trabalho no mundo, precisariam ter garantidos direito a um ambiente de trabalho não discriminatório e acesso a equipamentos de proteção individual adequados ao seu tamanho; mulheres confinadas em casa com parceiros poderiam estar mais expostas à violência doméstica, o que exigiria a implementação de medidas específicas para a continuidade dos serviços de acolhimento a vítimas; o fechamento de escolas implicaria aumento do trabalho não remunerado das mulheres no ambiente doméstico, com possível afastamento da função paga, e as restrições de deslocamento causariam impactos financeiros para trabalhadoras domésticas, exigindo a garantia de acesso à renda pelos Estados.⁵⁹

Os direitos sexuais e reprodutivos eram reforçados como uma questão importante no campo da saúde pública, exigindo especial atenção durante emergências sanitárias. Entre as mensagens-chave estavam que a segurança da gravidez e do parto dependeria de sistemas de saúde funcionais e da adesão estrita à prevenção de infecções; e que mulheres grávidas com doenças respiratórias deveriam ter acesso ao tratamento com máxima prioridade, em razão do “risco aumentado de resultados adversos” (UNFPA, 2020b, p. 1).

Em 9 de abril de 2020, as Nações Unidas lançaram o protocolo “The Impact of COVID-19 on Women” (ONU, 2020), alertando que a pandemia iria aprofundar desigualdades pré-existentes e expor vulnerabilidades nos campos social, político e econômico, o que afetaria especialmente as mulheres.

Uma multiplicidade de fatores levaram a essa conclusão: primeiro, porque os impactos econômicos são sempre sentidos de maneira profunda por meninas e mulheres, que, geralmente, têm trabalhos mais precarizados, mantêm empregos considerados informais ou

⁵⁹ Janaína Penalva e Bruno Stelet (2020) tratam do impacto que a adoção de medidas como isolamento social para o enfrentamento da pandemia tem em grupos já vulnerabilizados. O aumento dos níveis de violência contra mulheres e crianças, a queda da empregabilidade das mulheres, as condições urbanas e sanitárias das comunidades pobres, o impacto no cotidiano das pessoas velhas e as especificidades das comunidades indígenas são vistos como “meros efeitos colaterais” de medidas tidas como imprescindíveis e tomadas com base em evidências biomédicas, mas que não levam em consideração evidências sociais.

inseguros e vivem mais próximas à linha da pobreza; segundo, porque a tendência é o aumento do trabalho de cuidado não remunerado, socialmente reservado às mulheres, que ficam responsáveis pela atenção às crianças e aos mais velhos da família, afastadas do trabalho formal ou remunerado; terceiro, porque medidas de distanciamento social podem significar confinar mulheres a um ambiente de violência doméstica, ao mesmo tempo em que estão interrompidos ou inacessíveis os serviços de apoio a estas vítimas; e, quarto, e mais relevante para a discussão que proponho, porque emergências globais significam a realocação de recursos e prioridades para seu enfrentamento e o consequente contingenciamento nos campos da saúde sexual e reprodutiva.

As condições impostas apontavam, já naquele momento, que os efeitos específicos da pandemia sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres significariam um aumento exacerbado de mortes maternas, devido à dificuldade de acesso ao sistema de saúde e à realocação de pessoas, serviços e investimentos para responder à demanda urgente da COVID-19, com sua retirada dos serviços de cuidado materno. Por essa razão, as Nações Unidas pediam atenção aos Estados para que atuassem ativamente para evitar esse desfecho (ONU, 2020).

Na mesma data, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), em nota *on-line*, defendeu a importância da garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, em especial as “estratégias contraceptivas [...] como componentes essenciais na atenção à saúde reprodutiva.⁶⁰ O acesso aos métodos contraceptivos propicia autonomia, reduzem gestações não planejadas e representam base sólida para o bem-estar, particularmente em momentos de situações de instabilidade social” (FEBRASGO, 2020a).

Em 27 de abril de 2020, a FEBRASGO lançou o Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a Pandemia da COVID-19, apontando que a infecção por COVID-19 em pessoas grávidas não seria, por si, indicação para a antecipação do parto, “entretanto, indica-se antecipação do parto e a realização de cesárea no caso de gestantes que evoluam com sintomas graves ou críticos” (FEBRASGO, 2020b).⁶¹

⁶⁰ A nota foi produzida pela Comissão Nacional de Anticoncepção da FEBRASGO, o que explica o enfoque na contracepção. Menciono a nota porque importa o destaque nela dado à importância da garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, em especial ao planejamento familiar, durante uma pandemia. Discordo da nota, no entanto, quando sugere o adiamento da gestação como ação estratégica. A sugestão transforma o dever de garantia de direitos do Estado em responsabilidade privada da mulher e da família. A mesma recomendação foi dada durante a epidemia do vírus Zika no Brasil, sem que fosse acompanhada por políticas públicas e medidas emergenciais para conter o avanço e o impacto na vida das mulheres.

⁶¹ O protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especial de Assistência ao Parto, Puerpério e Aborto da FEBRASGO.

Apesar de, a essa altura da pandemia, as evidências disponíveis não demonstrarem haver diferença nas características clínicas entre pessoas grávidas e não grávidas, o protocolo alertava que “devido às modificações fisiológicas ou a eventos adversos próprios da gravidez, sinais ou sintomas podem se sobrepor aos demais sintomas da COVID-19, dificultando o diagnóstico” (FEBRASGO, 2020b), o que exigiria atenção à evolução da infecção neste grupo.

O único tratamento específico então indicado pelos especialistas era o uso do fosfato de Oseltamivir; a utilização de medicamentos antimaláricos, como a cloroquina e a hidroxicloroquina, e antiparasitários, como a ivermectina, amplamente defendidos pelo então presidente da República, Jair Bolsonaro, “carecia de evidências científicas de boa qualidade para ser realizada na prática clínica” (FEBRASGO, 2020b).⁶²

Na mesma data do lançamento do protocolo pela FEBRASCO, o Fundo de População das Nações Unidas lança uma terceira nota técnica, “Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil” (UNFPA, 2020c). A preocupação estava no retrocesso que a pandemia representaria às metas estipuladas na Agenda 2030, especialmente no que tocava aos objetivos de acabar com a necessidade não atendida de planejamento familiar, a violência de gênero e as mortes maternas evitáveis.⁶³

O alerta para a necessidade de uma estratégia que assegurasse a saúde das mulheres também foi dado pela OMS. Na 73ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 18 de maio de 2020, a OMS divulgou o documento “COVID-19 response”, em que convocava todos os Estados-membros a manter o funcionamento contínuo do sistema de saúde em todos seus aspectos relevantes, inclusive a prestação ininterrupta de serviços que garantam o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos (OMS, 2020).

O primeiro documento de relevância global que encontro a mencionar uma mudança nas evidências sobre os efeitos da infecção do novo vírus em mulheres grávidas foi lançado em 13 de agosto pela OPAS.⁶⁴ O relatório “Atualização epidemiológica – COVID-19 durante a gestação” alerta, com base em resultados então publicados e estudos baseados em dados de

⁶² O fosfato de Oseltamivir é um medicamento antiviral comercializado sob a marca Tamiflu, e é indicado para tratamento e profilaxia de gripe. Foi usado para tratar grupos de risco, mulheres gestantes inclusas, durante a pandemia da H1N1.

⁶³ Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que tratei na seção anterior, fazem parte da Resolução 70/01 da Assembleia Geral das Nações Unidas, chamada “Transformando nosso mundo: Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, ou apenas “Agenda 2030”, que é um “plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade (ONU, 2015, p. 1).

⁶⁴ O documento trata somente de mulheres gestantes, sem incluir as puérperas.

vigilância epidemiológica, que estas mulheres têm risco aumentado de apresentarem formas graves de COVID-19, de hospitalização, de serem admitidas em unidades de terapia intensiva e de necessitarem de ventilação mecânica (OPAS, 2020).

O documento traz dados reveladores da disparidade do cuidado. No levantamento feito na região das Américas, o Brasil não era o país com o maior número relatado de mulheres grávidas infectadas; à sua frente estavam Estados Unidos (15.735 casos), Peru (4.782) e México (3.916).⁶⁵ Apesar de aparecermos em quarto lugar no número de pessoas grávidas positivadas para COVID-19, com 2.256 casos, contabilizávamos 135 óbitos, a maior contagem da região. Os Estados Unidos, apesar do elevado número de infectadas, relataram 37 mortes; México e Peru, 106 e 36, respectivamente (OPAS, 2020).

A organização recomendava que os Estados-Membros abordassem os riscos e vulnerabilidades específicas dessa população, garantissem a continuidade dos serviços de atenção pré-natal e assegurassem atenção imediata aos sinais e sintomas graves entre as pessoas grávidas com COVID-19. Como diretriz específica, pediu a priorização de testes para esse grupo e, caso houvesse suspeita sem a possibilidade de confirmação por exame laboratorial, a adoção de tratamento como caso de infecção pelo novo vírus (OPAS, 2020).

À medida que protocolos internacionais e nacionais eram divulgados, diversos estudos publicados no início da emergência em saúde também ponderavam sobre as possíveis consequências adversas da infecção em pessoas grávidas, apesar da falta de evidências iniciais. O momento permitia apenas conjecturas; nas primeiras semanas epidemiológicas, vivíamos um período de escassez de dados, raros casos de infecção durante a gestação e nenhum relato de morte materna. O retrato da ausência de óbitos maternos era o reflexo do caminho geográfico das transmissões: a COVID-19 chegou primeiro aos países desenvolvidos, com taxas de natalidade estáveis ou reduzidas e maiores recursos para prestação de cuidados com saúde (Takemoto *et al.*, 2020a; Souza; Amorim, 2021).

Em fevereiro de 2020, pesquisadores de Wuhan, epicentro da pandemia, em estudo conduzido com 17 mulheres para avaliar o impacto do vírus SARS-CoV-2 na gestação, relataram que, apesar de serem poucas as “informações disponíveis sobre as consequências da COVID-19 em mulheres grávidas”, a infecção pelo vírus poderia levar ao parto prematuro e à

⁶⁵ Além dos países mencionais, também estão no levantamento Argentina (155 infecções, 1 morte), Bolívia (50 infecções, 5 mortes), Colômbia (571 infecções, 2 mortes), República Dominicana (304 infecções, 12 mortes), Equador (849 infecções, 20 mortes) e Haiti (39 infecções, 2 mortes) (OPAS, 2020).

ocorrência de pneumonia neonatal, o que indicaria “a possibilidade de resultados adversos da gravidez poderem estar ligados à infecção por COVID-19” (Khan *et al.*, 2020, p. 790).

No mesmo mês de fevereiro de 2020, o artigo “Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know, publicado na *American Journal of Obstetrics & Gynecology*” informou que, apesar da ausência de dados sobre uma maior gravidade da infecção em mulheres grávidas e puérperas, “infecções emergentes demonstraram ter um impacto importante em mulheres grávidas e seus fetos, com o aumento do risco de complicações [...]” (Rasmussem *et al.*, 2020, p. 416).

Por essa razão, desde aquele momento, os autores defendiam que o cuidado específico com a saúde destas mulheres fosse incluído nos protocolos de resposta à pandemia, sendo fundamental que, às pessoas grávidas, “não sejam negadas intervenções potencialmente salvadoras no contexto de uma ameaça de doença infecciosa grave, a menos que haja uma razão convincente para excluí-las” (Rasmussem *et al.*, 2020, p. 421). O acesso à vacina, quando disponível, e a tratamentos considerados mais agressivos era sustentado pelos autores.

Alex Souza e Melania Amorim (2021, p. S258) afirmam que, mesmo com os poucos relatos de infecções em mulheres grávidas e puérperas e nenhum caso de morte, pesquisadores

sempre tiveram a preocupação de que houvesse risco aumentado para as gestantes, o que pode ser justificado pelas alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez em diversos sistemas, cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e da coagulação. Essas modificações tornam a gestante mais susceptível a pneumonias virais, como aconteceu há pouco mais de 10 anos com o vírus H1N1 e mais recentemente com a SARS-CoV e com aMERS-CoV.

Em março de 2020, Yougwen Luo e Kai Yin também apontaram o risco de as mulheres grávidas estarem mais suscetíveis à infecção pelo novo vírus, devido ao seu “estado imunocomprometido e às alterações adaptativas ocorridas durante a gravidez” (2020, p. 513, tradução própria). Apesar dessa preocupação crescente, ainda não estavam relatados quais poderiam ser os sintomas específicos manifestados por tal grupo.

Em 6 de abril de 2020, pesquisadores suecos, em uma análise sistemática de 108 casos relatados de infecção do novo vírus em mulheres grávidas e puérperas entre 12 de fevereiro de 2020 e 4 de abril de 2020, avaliaram a “possibilidade de morbidade materna grave que requer internação em UTI e morte perinatal com infecção por COVID-19 na gravidez” (Zaigham e Andersson, 2020, p. 828).⁶⁶ Apesar dos mais de cem casos revisados, somente duas admissões

⁶⁶ A maior parte dos casos revisados estava na China; casos relatados na Suécia, Estados Unidos, Coreia do Sul e Honduras também foram incluídos (Zaigham; Andersson, 2020).

em UTIs foram relatadas, e não havia relatos de óbitos. O estudo era um alerta para que possíveis resultados adversos nesse grupo não fossem descartados, mas ainda não refletia a gravidade que a COVID-19 impactaria no Brasil.

Em 17 de abril de 2020, um grupo de pesquisadores de Wuhan, na China, publicou uma carta no “The New England Journal of Medicine” em que descreveram as características clínicas da infecção pelo novo vírus em mulheres grávidas. Acompanhando 118 mulheres de dezembro de 2019 a março de 2020, relataram ser a febre (75%) e a tosse (73%) os sintomas mais comuns. A maioria apresentou doença leve (92%), e somente uma mulher do grupo grave teve que receber ventilação mecânica não invasiva. Até a data final da coleta de dados, 94% das mulheres receberam alta, incluindo todas as que desenvolveram a doença grave ou crítica, e não houve mortes. Importa mencionar que, do grupo de 118 mulheres, foram realizados 4 abortos induzidos, devido à preocupação com a saúde da mulher, todos em mulheres que não desenvolveram o estado crítico da doença (Chen *et al.*, 2020).

A conclusão dos pesquisadores chineses, ao contrário dos suecos, ainda apontava não haver risco especial à infecção neste grupo. Pelo contrário: na realidade chinesa, o percentual da população em geral da China que desenvolveu a doença grave era de 15,7%, e o grupo específico de mulheres grávidas, 8%. Por essa razão, afirmavam que “os dados atuais não sugerem um risco aumentado de doença grave entre mulheres grávidas, como foi observado com influenza” (Chen *et al.*, 2020).

Alex Souza e Melania Amorim (2021) explicam que as conclusões dos primeiros estudos eram um reflexo do caminho do vírus. As grávidas não estavam no grupo de risco provavelmente devido à baixa natalidade na China, Japão, Coreia do Sul e Singapura, primeiros países asiáticos a sentirem os impactos da pandemia. Quando a COVID-19 alcançou a Europa, atingiu primeiramente Espanha e Itália, países também com baixa natalidade e poucas grávidas.

A chegada do vírus ao Sul Global inaugura as contagens de óbitos maternos. Em abril de 2020, 2 óbitos maternos foram notificados no Irã, 2 no México e 5 no Brasil (Amorim; Takemoto; Fonseca, 2020). O caminho do vírus cruza com a história de Viviane: como mencionei, foi ela uma das primeiras puérperas vítimas da pandemia. Sua morte é contabilizada nos artigos que inauguram a relação entre mortalidade materna e o novo coronavírus (Amorim; Takemoto; Fonseca, 2020; Takemoto *et al.*, 2020a) e seu caso passou a compor o retrato triste do momento em que o Brasil se tornou o país que mais matou mulheres grávidas e puérperas durante a pandemia da COVID-19.

O alerta para o impacto do vírus em um país como o Brasil, com altas taxas de natalidade e mortalidade materna fora do contexto pandêmico, com significativa desigualdade social, condições precárias de habitação e saneamento e baixo acesso à saúde, não serviu para que o governo agisse para evitar a tragédia. Pesquisadores brasileiros passaram a documentar as taxas desproporcionais de óbitos maternos no país, sem que houvesse reação à altura do Estado.

No mês de abril de 2020, Melania Amorim, Maíra Takemoto e Eduardo da Fonseca (2020) relataram 5 mortes maternas no Brasil, todas de mulheres puérperas, o que nos colocava na dianteira mundial.⁶⁷ No mesmo mês, o levantamento foi atualizado para 20 mortes, 16 delas mulheres puérperas (Takemoto *et al.*, 2020a). Em maio, 36 mortes foram oficialmente anunciadas pelo Ministério da Saúde (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020a). Havia, agora, evidências do risco aumentado desse grupo desenvolver a doença grave (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020a; Kadiwar *et al.*, 2021). Os marcadores da gravidez, parto e puerpério, indicavam maior risco de hospitalização e evolução mais grave da doença, com maior chance de admissão em UTI e uso de ventilação invasiva.

Em uma revisão de artigos publicados sobre a relação entre mortalidade materna e COVID-19, pesquisadores brasileiros encontraram, no período de dezembro de 2019 e 1º de julho de 2020, 6 países com casos reportados de mortes maternas decorrentes da infecção pelo novo vírus. França, Reino Unido e Estados Unidos – 3 países de alta renda – e Brasil, México e Irã – 3 países de renda média.⁶⁸ Das 160 mortes, 22 ocorreram nos países do primeiro grupo e 138 do segundo grupo. Destas, 124 somente no Brasil (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020b).

Por meio dos dados disponibilizados no Sistema de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, outra pesquisa fez o levantamento dos desfechos dos casos de COVID-19 em mulheres grávidas e puérperas, desde o primeiro documento, em 26 de fevereiro de 2020 até 18 de junho de 2020.⁶⁹ Das 987 mulheres positivadas para a doença, 124 morreram, o que representava uma taxa 3,4 vezes maior do que o número total de mortes maternas relacionadas à COVID-19 relatadas no mundo (Takemoto *et al.*, 2020b).

⁶⁷ Faço menção ao período dos dados utilizados nas pesquisas, e não à data da publicação do artigo.

⁶⁸ Os pesquisadores apontam não terem encontrado estudos sobre mortalidade materna por COVID-19 em países de baixa renda, e sugerem que esse fato é devido à falta de notificações, e não a ausência de mortes neste grupo (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020b).

⁶⁹ Abordarei na próxima seção que, apesar da alta de mortes maternas, foi somente no final de maio que o Ministério da Saúde anunciou as 36 mortes maternas relacionadas à COVID-19, e 252 casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020b). Antes, o levantamento de dados foi feito por pesquisadores.

Em abril de 2020, mês da morte de Viviane, pesquisas do Grupo Brasileiro de Estudos de COVID-19 e Gravidez relataram que, a cada 10 mortes maternas consequentes da COVID-19 no mundo, 8 aconteciam no Brasil (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020b). As falhas graves na qualidade da assistência recebida pelas mulheres chamaram atenção dos pesquisadores; 15% das grávidas e puérperas não tinham recebido “qualquer tipo de assistência ventilatória, 28% não tinham acesso a leito de unidade de terapia intensiva (UTI) e 36% não foram intubadas nem receberam ventilação mecânica” (Souza; Amorim, 2021, p. S258).

Os dados passaram a expor as fraquezas no cuidado com a saúde destas mulheres nos países de média renda como o Brasil. A taxa elevada poderia encontrar razão nos problemas crônicos que já assolavam a assistência obstétrica no país, como “assistência pré-natal de baixa qualidade, recursos insuficientes para gerenciar emergências e cuidados intensivos, disparidades raciais no acesso a serviços de maternidade [e] violência obstétrica” (Takemoto *et al.*, 2020b, p. 154). A pandemia, assim, seria uma barreira adicional para o acesso ao cuidado de qualidade, mas, sozinha, não serviria para justificar a tragédia que vivíamos.

Nossos problemas estruturais relacionados ao acesso das mulheres à saúde, aliados à emergência global vivida e aos alertas do seu impacto para pessoas grávidas e puérperas, exigiriam uma reação enérgica do Estado brasileiro. Frente ao que deveriam ter feito para respondermos aos perigos anunciados, importa agora descrever o que, de fato, fizeram para proteger a vida de Viviane e de milhares de outras mulheres.

2.3 O QUE FIZERAM COM ELAS

As demoras marcaram a resposta do governo federal às mortes maternas na pandemia. Elas são reveladoras das falhas na assistência à saúde de Viviane: a demora na identificação dos sintomas, na testagem da doença, na entrega do resultado, na elaboração do diagnóstico, no início do tratamento e na antecipação do parto.

O caso de Viviane não foi exceção. No primeiro capítulo, mencionei que Dona Silvia fez parte do conjunto das 25 famílias entrevistadas pelo grupo de pesquisa; os achados das pesquisadoras são indicadores de um padrão de falhas estruturais no cuidado dispensado à

saúde das mulheres grávidas e puérperas (Diniz; Brito; Rondon, 2022), e das consequências do gerenciamento letal do governo em uma pandemia.⁷⁰

Debora Diniz, Luciana Brito e Gabriela Rondon (2022) relatam três barreiras que impediram respostas efetivas e focadas em mulheres no país. A primeira, a demora na testagem e na identificação dos sintomas manifestados especificamente pelas grávidas e puérperas infectadas pelo coronavírus. De acordo com as autoras, as famílias relataram que, mesmo com queixas de saúde, as mulheres ganhavam alta hospitalar após a equipe médica atestar a saúde fetal, com indicação de medicação apenas para aliviar os sintomas leves. Já os respiratórios, indicativos importantes da contaminação, eram “atribuídos ao ‘enjoo/fadiga da gravidez’, ‘nervosismo’, ‘coisa da cabeça’, e a algumas foi perguntado se ‘desaprenderam a ser mãe, desaprenderam a ser grávidas’, ou encaminhadas a psiquiatras” (Diniz; Brito; Rondon, 2022, p. 1).

A demora em hospitalizar essas mulheres foi a segunda barreira identificada pelas autoras. Entre a aparição de sintomas e a admissão hospitalar daquelas com diagnóstico confirmado para COVID-19 passavam-se, em média, sete dias. As famílias relataram a dificuldade encontrada para que fossem atendidas nos serviços de saúde, mesmo quando apresentavam sintomas compatíveis com a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) (Diniz; Brito; Rondon, 2022).

Ainda que estivessem positivadas para a doença – em geral, a partir de testes realizados na rede privada de saúde, segundo as pesquisadoras –, eram recusadas sob a justificativa de as maternidades não estarem preparadas para o manejo de pessoas grávidas infectadas. A negativa de assistência médica levava a uma peregrinação na busca pelo cuidado, algumas mulheres chegaram a procurar até cinco hospitais antes de conseguirem internação. As grávidas negras viveram “mais tentativas frustradas de acessar o atendimento antes da hospitalização, e práticas mais agressivas de culpabilização da mulher pela infecção ou por negligenciar seus sintomas” (Diniz; Brito; Rondon, 2022, p. 1).

Importa pontuar que a desigualdade racial já marcava o acesso e a qualidade do cuidado dispensado às mulheres no pré-natal e pós-parto antes da pandemia, com reflexo direto no perfil da mortalidade materna. São as mulheres negras que mais morrem durante a

⁷⁰ Embora acredite que a responsabilidade médica individual possa e deva ser apurada, caso a caso, entendo que as falhas estruturais do sistema de saúde e a resposta do governo à epidemia são o ponto a partir do qual devemos pensar as histórias da morte destas mulheres e apurar responsabilidades, porque foram elas que ditaram o padrão da assistência ou da falta de assistência recebida.

gestação, parto e puerpério em todas as regiões do Brasil. Rony Coelho, Matías Mrejen, Jéssica Remédios e Gisele Campos expõem que, entre 2014 e 2019, “houve aproximadamente 8 mortes maternas a mais de mulheres negras do que de mulheres brancas para cada 100 mil nascidos vivos” (Coelho *et al.*, 2022, p. 1). Estas “diferenças raciais no acesso ao pré-natal são sistemáticas, não se tratando de eventos isolados ou casos aleatórios” (Coelho *et al.*, 2022, p. 6).

A terceira barreira identificada pelas autoras foi a demora em ofertar cuidados intensivos, mesmo após a internação. Medidas como o encaminhamento à UTI, o uso de ventilação invasiva ou a antecipação do parto foram adiadas sob a justificativa da “necessidade de salvar as duas vidas” (Diniz; Brito; Rondon, 2022, p. 1).⁷¹ A omissão médica fez com que uma a cada cinco mulheres grávidas mortas em decorrência da COVID-19 não tivessem acesso à UTI, e 32,4% não fossem intubadas (Diniz; Brito; Rondon, 2022).

A falta de cuidados centrados em mulheres é apontada pelas pesquisadoras como uma consequência de os “sistemas de saúde não priorizarem a saúde sexual e reprodutiva durante as respostas a emergências de saúde pública” (Diniz; Brito; Rondon, 2022, p. 2). Na prática, o crescer dos óbitos maternos não foi acompanhado por políticas voltadas a mulheres, e as ações tomadas pelo governo federal neste campo não só não serviram para atenuar a crise na saúde materna, como podem ter agravado a situação.

As primeiras notas técnicas lançadas pelo Ministério da Saúde específicas sobre a atenção à saúde das pessoas grávidas no contexto da pandemia estavam sempre um passo atrás da alta na mortalidade materna. A Nota Técnica nº 7/2020, de 26 de março de 2020, acompanhava a literatura internacional ao indicar que a COVID-19 não parecia estar associada, até aquele momento, a risco de maior gravidade em grávidas.⁷² A recomendação era que “o protocolo de diagnóstico da COVID-19 em gestantes siga o protocolo para a população adulta em geral” (Brasil, 2020b, p. 2).

Importa lembrar que a literatura internacional se baseava em uma realidade do Norte Global, como mencionei na seção anterior. O alerta do risco do aumento da mortalidade materna nos países em desenvolvimento já havia sido dado por organizações e especialistas, e a realidade vivida não poderia ter sido ignorada: já éramos o epicentro global de mortes

⁷¹ Postergar os cuidados intensivos para que se aguardasse o desenvolvimento fetal não se mostrou efetivo na prática. Pesquisadores encontraram “um aumento significativo na taxa de natimortos durante a pandemia” (Diniz; Brito; Rondon, 2022, p. 1). No grupo entrevistado, entre as 25 mulheres, as autoras mencionam a ocorrência de 6 natimortos ou óbitos fetais.

⁷² A Nota Técnica nº 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS foi elaborada e divulgada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

maternas por COVID-19, o que exigiria uma iniciativa estratégica de incorporar a saúde reprodutiva ao pacote emergencial de resposta à pandemia.

Foi no mês da morte de Viviane, em abril de 2020, que o Ministério da Saúde incluiu todas as grávidas, puérperas e pessoas com perda gestacional como grupo de risco para a COVID-19 (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020a). Apesar da iniciativa importante, não houve divulgação de dados oficiais sobre óbitos maternos no país, e as estimativas ficaram por conta de pesquisadores que, mapeando as notícias de jornais locais, contabilizavam os casos.

As Notas Técnicas n^{os} 09/2020, de 10 de abril de 2020, e 12/2020, de 18 de abril de 2020, foram as primeiras a trazer recomendações oficiais do Ministério da Saúde para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia, com fluxograma sugestivo para o manejo das pessoas grávidas, parturientes e puérperas infectadas ou não com o novo vírus (Brasil, 2020c e 2020d).^{73,74} Ambas não fazem qualquer menção ao crescente número de mortalidade materna; a Nota Técnica n^o 12/2020 seguiu mencionando as pesquisas internacionais, que não tinham mais relação com a realidade brasileira, e sugeria ser “sensata a preocupação em relação à infecção pelo SARs-CoV-2 nesta população” (Brasil, 2020d, p. 1).

A recomendação, contudo, destoava do contexto de alta mortalidade materna vivido. Aliado a isso, não havia transparência na divulgação de dados oficiais, em nível nacional, sobre contaminados, hospitalizados e mortos por COVID-19. A dificuldade em acessar informações confiáveis fez com que veículos da imprensa brasileira formassem um consórcio para publicizar as estatísticas, a partir das informações recebidas de estados e municípios (Szwarcwald *et al.*, 2022).⁷⁵

Apesar de a OMS ter recomendado, à época, a testagem irrestrita dos casos suspeitos, meses após a chegada do vírus ao Brasil, os testes gratuitos para diagnóstico não estavam amplamente disponíveis e seu uso era negado àqueles com sintomas leves ou assintomáticos.

⁷³ A Nota Técnica n^o 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS foi elaborada e divulgada pela Coordenação de Saúde das Mulheres, vinculada à Coordenação-Geral de Ciclos da Vida do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

⁷⁴ A Nota Técnica n^o 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS foi elaborada e divulgada pela Coordenação de Saúde das Mulheres, vinculada à Coordenação-Geral de Ciclos da Vida do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

⁷⁵ Os veículos “G1”, “O Globo”, “Extra”, “O Estado de S.Paulo”, “Folha de S.Paulo” e “UOL” integraram o consórcio, formado em 8 de junho de 2020 e, após 965 dias de trabalho, encerrado em 28 de janeiro de 2023. A iniciativa se deu, como mencionei, pela restrição imposta pelo governo federal no acesso a dados sobre a pandemia de COVID-19.

Apenas pessoas com sintomas de SRAG eram testados, o que gerava uma subestimativa do número total de casos (Szwarcwald *et al.*, 2022).

No que tocava aos índices de mortes maternas, foi somente no final de maio que o Ministério da Saúde anunciou, pela primeira vez, os 36 óbitos de grávidas e puérperas relacionados à COVID-19, e 252 casos de síndrome respiratória aguda grave – SRAG (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020a). Logo no mês seguinte, em junho, já alcançávamos a soma de 124 mortes reportadas, quase quatro vezes maior que a soma dos óbitos maternos no resto do mundo (Takemoto *et al.*, 2020b). Mesmo com a sugestão de especialistas de que a contagem e divulgação rápida e acessível dos dados poderiam viabilizar os ajustes necessários para, já nos meses iniciais, preparar o sistema de saúde, a posição do governo continuava sendo a de barrar o acesso aos números.^{76,77}

Em paralelo, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, lançava, em maio de 2020, um protocolo recomendando o uso de hidroxiquina e azitromicina no tratamento de todos os casos de COVID-19. O objetivo era aumentar o acesso ao “Tratamento Precoce da COVID-19” ou “Kit Covid”, como ficou conhecido.⁷⁸ No mesmo dia, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde divulgou nota oficial informando que “o documento não teve participação técnica nem pactuação junto aos entes federativos”, e indagou o porquê de o governo federal estar “debatendo a cloroquina ao invés de pensar em um plano integrado de ampliação da capacidade de resposta do Ministério da Saúde para ajudar os estados em emergência” (CEPEDISA; Conectas, 2021, p. 13). O protocolo só deixou de vigorar em maio de 2021, muito depois de seu uso ser amplamente rechaçado pela comunidade médica internacional (Furlan; Caramelli, 2021).

O uso do “Kit Covid” como forma de evitar a infecção ou piora da doença foi amplamente incentivado pelo então presidente Jair Bolsonaro. Em 19 de março de 2020, fez a

⁷⁶ A recomendação foi feita em 01 de junho de 2020, por especialistas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e do Instituto Nacional Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), em webinar promovido pelo Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, em que foram abordadas questões sobre COVID-19 e morbimortalidade materna. A íntegra do encontro está disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=c0JXN06EtY>. Acesso em: 30 mai. 2023.

⁷⁷ Naquele momento, o Ministério da Saúde alterou para as 22h o horário da divulgação do balanço oficial dos dados da pandemia, o que dificultava ou inviabilizava a sua reprodução em telejornais e na mídia impressa. Também retirou do ar o portal do governo federal onde eram publicados os dados sobre contaminados e mortos pelo novo vírus. Quando o site retornou, haviam desaparecido os números consolidados e o histórico da COVID-19 desde a chegada ao Brasil, além de constarem dados divergentes dos balanços anteriores, afetando a confiabilidade das informações.

⁷⁸ Tratava-se do uso de um coquetel de medicamentos e vitaminas que supostamente tratariam ou preveniriam a COVID-19, sem nenhum respaldo científico. Entre os principais estavam a ivermectina, cloroquina, hidroxiquina, azitromicina e a vitamina D.

primeira referência aos medicamentos em uma das suas lives, sem citar os nomes comerciais. Afirmou que *os Estados Unidos liberaram um remédio com o potencial de tratar o coronavírus*. Na realidade, o presidente americano Donald Trump, também entusiasta da hidroxicloroquina, havia pedido à Food and Drug Administration (FDA), órgão que regula o uso de farmacológicos nos Estados Unidos, a liberação de “terapias que pudessem ter efeito contra a COVID-19”.⁷⁹

Em 29 de março de 2020, em coletiva presencial com seus seguidores, declarou que *aquele remédio lá, a hidroxicloroquina, tá dando certo em tudo quanto é lugar. Um estudo francês chegou pra mim agora*.⁸⁰ Seu assessor especial à época, Arthur Weintraub, usou o Twitter para compartilhar o mesmo estudo, afirmando não haver “nada definitivo ainda. Cloroquina (mencionada por Trump) aliada à azitromicina (antibiótico). Vejam os gráficos. Precisa ser confirmado, mas aparentemente há eficácia no tratamento”.⁸¹

Em 30 de março, em pronúncia em rede nacional, Bolsonaro afirmou que *ainda não existe vacina contra ele [o vírus] ou remédio com eficiência cientificamente comprovada, apesar da hidroxicloroquina parecer bastante eficaz*. Em 8 de abril, em novo pronunciamento nacional, confirmou a compra de insumos para a produção nacional de hidroxicloroquina, com objetivo de tratar pessoas com COVID-19, bem como malária, lúpus e artrite.⁸²

⁷⁹ As informações são da BBC News Brasil (IDOETA, Paula. A história de Bolsonaro com a hidroxicloroquina em 6 pontos: de tuítes de Trump à CPI da Covid. **BBC News Brasil**, São Paulo, 21 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743>. Acesso em: 30 mai. 2023).

⁸⁰ Bolsonaro se referia ao artigo “Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial” (GAUTRET *et al.*, 2020), publicado no International Journal of Antimicrobial Agents. A conclusão afirmava que, apesar da amostragem pequena, a “pesquisa mostra que o tratamento com hidroxicloroquina é significativamente associado à redução/desaparecimento da carga viral em pacientes com COVID-19 e seu efeito é reforçado por azitromicina” (p. 1). O estudo, contudo, foi considerado insuficiente pela comunidade científica, e teve sua metodologia e diretrizes éticas questionadas. Um dos autores, Didier Raoult, foi denunciado pela Sociedade de Patologia Infecciosa da Língua Francesa (SPILF) por promoção indevida de medicamento. Em janeiro de 2021, admitiu ter “excluído alguns voluntários do resultado da pesquisa”. As informações estão disponíveis nas matérias da BBC News Brasil <https://www.bbc.com/portuguese/geral-56988541> e <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743>. Acesso em: 30 mai. 2023.

⁸¹ O tweet ainda está disponível em <https://twitter.com/ArthurWeint/status/1240707484790054914?s=20>. Acesso em: 30 mai. 2023.

⁸² A hidroxicloroquina tem uso indicado para o tratamento da malária e de doenças autoimunes como artrite reumatoide e lúpus. Contudo, a alta da sua procura para o tratamento da COVID-19 fez com que a medicação desaparecesse das farmácias e os preços aumentassem, prejudicando aqueles com indicação médica e que já faziam uso. O dia 21 de março marcou o pico de vendas da hidroxicloroquina, com aumento de 93% na sua venda. Essas informações foram amplamente divulgadas pela mídia à época, a exemplo: OLIVA, Gabriela. Coronavírus: desaparecimento da cloroquina das farmácias do Rio preocupa pacientes usuários de medicamentos. **O Globo**, Rio de Janeiro, 21 de março de 2020. Disponível em:

No dia 13 de maio, afirmou que não hesitaria em tratar sua mãe de 93 anos de idade com hidroxicloroquina, declarando: *pode dar certo, pode não dar certo*. No dia seguinte, em uma das suas lives, declarou que o governo iria *partir pra cloroquina. Imediatamente. Não tem que esperar*. No dia 19, quando registramos, pela primeira vez, mais de 1000 mortes diárias, declarou, em outra live do Facebook: *tá vindo como eu sou educado? Quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda toma... tubaína*.⁸³

Em entrevista dada à frente do Palácio da Alvorada, em 22 de maio, ao ser questionado novamente sobre o uso da medicação, aconselhou a

Quem não quiser tomar, que não tome, pô, mas não enche o saco de quem quer tomar. Toma o que quiser, mas não fica tirando direito... daí fica uns idiotas: “Ah, não tem comprovação científica”. Eu sei que não tem! Pode ser que daqui a 2 ou 3 anos se diga, né, que a cloroquina salva. Como é que fica a consciência de quem não aplicou a cloroquina agora já que não tem outro remédio?⁸⁴

Seu apoio público ao uso dos medicamentos gerou consequências sérias. Apesar de, já no primeiro semestre de 2020, a controvérsia sobre o uso da cloroquina e hidroxicloroquina ter sido encerrada pela comunidade científica, que passou a indicar o banimento do uso e alertar para o risco de eventos adversos como intoxicação e menor sobrevivência das pessoas infectadas (Furlan; Caramelli, 2021; Mehra; Desai; Ruschitzka, 2020), o Datafolha divulgou, em 19 de maio de 2021, que 1 a cada 4 brasileiros afirmou ter recorrido ao “tratamento precoce”.^{85,86}

Em 17 de junho de 2020, enquanto a medicação seguia amplamente recomendada pelo Ministério da Saúde no Brasil, a OMS informou o encerramento dos estudos globais, coordenados pela organização, envolvendo hidroxicloroquina, com fundamento na

não acham o remédio em farmácias. **Folha de S. Paulo**, São Paulo e Rio de Janeiro, 19 de março de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/03/pacientes-que-usam-hidroxicloroquina-ja-nao-acham-o-remedio-em-farmacias.shtml>; DEPOIMENTO: ‘Comprava tranquilamente uma ou duas caixas de cloroquina, mas tudo mudou’. **Estadão**, 26 de março de 2020. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/saude/depoimento-comecei-a-percorrer-as-farmacias-atras-da-hidroxicloroquina/>. Acessos em: 18 fev. 2023.

⁸³ A live completa está disponível no Youtube, no canal do então presidente; o trecho mencionado foi recortado pelo UOL, e está disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=un5RkpzjVCY>. Acesso em maio de 2023.

⁸⁴ Todas as falas mencionadas foram compiladas pela BBC News Brasil e disponibilizadas no seu canal do Youtube em 16 de julho de 2020. O vídeo está disponível em https://www.youtube.com/watch?v=PQv_xbaNSjE. Acesso em: 5 abr. 2023.

⁸⁵ Faço menção ao artigo de Mehra, Desai e Ruschitzka (2020), apesar de ter sido posteriormente retratado, para informar quais evidências estavam disponíveis à época da declaração. Apesar da retratação, seus resultados sobre a falta de eficácia da hidroxicloroquina foram mais tarde corroborados por outros estudos que cito nesta seção.

⁸⁶ Os resultados da pesquisa foram divulgados pela Folha de S. Paulo: Um em cada quatro usou remédio para tratar precocemente ou prevenir Covid-19, mostra Datafolha. **Folha de S. Paulo**, 19 de maio de 2021. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2021/05/um-em-cada-quatro-usou-remedio-para-tratar-precocemente-ou-prevenir-covid-19-mostra-datafolha.shtml>. Acesso em: 5 abr. 2023.

recomendação do comitê diretor do *Solidarity Trial*.⁸⁷ O projeto foi implementado pela OMS em 30 países e observou mais de 11.330 pessoas hospitalizadas para investigar a eficácia de quatro drogas contra a infecção, cloroquina e hidroxicloroquina entre elas. A conclusão apontou que os medicamentos “tiveram pouco ou nenhum efeito em pessoas hospitalizadas com COVID-19, conforme indicado pela mortalidade geral, início da ventilação e duração da internação” (OMS, 2021, p. 497).

Também em junho de 2020, a Food and Drug Administration (FDA) revogou oficialmente a Autorização de Uso de Emergência (Emergency Use Authorization, ou EUA, no inglês) para a administração de cloroquina e hidroxicloroquina contra a COVID-19 em território americano (FDA, 2020a; FDA, 2020b). A instituição declarou, com base na revisão contínua das evidências científicas disponíveis sobre esses medicamentos, ser

improvável que CQ e HCQ [cloroquina e hidroxicloroquina] sejam eficazes no tratamento de COVID-19 para os usos previstos na Autorização de Uso de Emergência. Além disso, tendo em vista os eventos adversos cardíacos graves em andamento e outros efeitos colaterais graves, os benefícios conhecidos e potenciais da CQ e da HCQ não superam mais os riscos conhecidos e potenciais do uso autorizado. Esta conclusão justifica a revogação da Autorização de Uso de Emergência para HCQ e CQ para o tratamento de COVID-19 (FDA, 2020a, p. 1).

Na carta de revogação, a FDA informou não haver evidência de efeito antiviral da medicação e tampouco de diferenças na evolução de pessoas tratadas com hidroxicloroquina e cloroquina daqueles que não receberam a medicação. Nenhum benefício foi observado no tratamento daqueles hospitalizados com COVID-19 que evitassem os desfechos de óbito, diminuíssem o tempo de internação ou a necessidade do uso de ventilação mecânica (FDA, 2020b).

Apesar de Jair Bolsonaro manter relação próxima ao governo estadunidense, o novo posicionamento do FDA não gerou repercussão no governo brasileiro.⁸⁸ Quando o Ministério

⁸⁷ O projeto foi lançado em 20 de março de 2020 para investigar a eficácia de quatro linhas de tratamento para COVID-19 (remdesivir, hidroxicloroquina, lopinavir e interferon beta-1a). A evidência de falta de benefícios da hidroxicloroquina e cloroquina foi concluída em junho, lopinavir em julho, interferon em outubro e remdesivir em novembro, apesar de ter revisto a recomendação em relação a este medicamento em abril de 2022 (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-recommends-against-the-use-of-remdesivir-in-covid-19-patients>). No Brasil, o projeto foi coordenado pela Fiocruz e implementada em 18 hospitais de 12 estados. Mais informações estão disponíveis em <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lidera-no-brasil-ensaio-clinico-solidarity-solidariedade-da-oms> e <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>. Acesso em: 30 mai. 2023.

⁸⁸ A notícia foi divulgada pelos jornais Estadão (VARGAS, Mateus. Aposta de Bolsonaro, hidroxicloroquina encalha e prefeituras querem devolução. **Estadão**, Brasília, 01 de março de 2021. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/saude/hidroxicloroquina-doada-por-trump-encalha-no-brasil-cidade-com-maior-lote-usa-so-0-8/>), O Globo (LINDNER, Julia *et al.* Governo Bolsonaro atuou 84 vezes no exterior por produção de cloroquina, apontam telegramas do Itamaraty. **O Globo**, Brasília, 20 de junho de 2021.

da Saúde foi questionado pela revista Exame, por meio da Lei de Acesso à Informação, reconheceu que “o uso da cloroquina tornou-se prioridade ao tratamento da COVID-19 a partir do segundo semestre de 2020”.⁸⁹

De fato, no segundo semestre, os perfis oficiais da pasta no Facebook, Instagram e Twitter, seguiam compartilhando mensagens de incentivo ao tratamento precoce. Entre novembro e dezembro, as redes oficiais divulgaram a publicação: “Ao apresentar sintomas da covid-19, #nãoespere, procure uma unidade de saúde e solicite o tratamento precoce. Quanto mais cedo começar o tratamento, maiores as chances de recuperação.”⁹⁰ Um ano depois, em 2021, Bolsonaro ainda recomendava o tratamento precoce (CEPEDISA; Conectas, 2021).

Ao posicionamento de Bolsonaro de incentivo do uso da cloroquina e hidroxicloroquina somavam-se outros igualmente anticientíficos, como a sabotagem a iniciativas estaduais ou municipais de distanciamento social e ao de uso de máscara. A falta de coordenação entre os governos federal, estaduais e municipais prejudicou tanto a compra e a manutenção de insumos hospitalares, o que gerou crises de desabastecimento e agravamento da superlotação do serviço público de saúde, quanto a sobreposição e contradição de orientações entre União, estados e municípios sobre adoção de medidas emergenciais para conter o crescente das infecções (Faveretto; Del Nero, 2021).

Enquanto as autoridades médicas e científicas internacionais convergiam para a ineficácia da hidroxicloroquina e cloroquina e para a adoção das medidas de prevenção como o *lockdown* e os já mencionados distanciamento social e uso de máscara, Bolsonaro seguia desprezando a gravidade da pandemia, referindo-se a ela como *gripezinha* e um *truque da mídia* (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022). Em sua live do dia 25 de junho, informou ter vetado projetos de lei *que falavam sobre o uso obrigatório de máscara, inclusive dentro de casa*.

Quando os países se mobilizaram para produzir e disponibilizar a vacina, o então chefe do Executivo nacional fez pouco caso da corrida mundial por imunizantes, além de

Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/governo-bolsonaro-atuou-84-vezes-no-exterior-por-producao-de-cloroquina-apontam-telegramas-do-itamaraty-25069556>, CNN Brasil (FONSECA, Pedro. Cloroquina dos EUA vai para laboratório do Exército ante resistência dos estados. **CNN Brasil**, 24 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/cloroquina-dos-eua-vai-para-laboratorio-do-exercito-ante-resistencia-de-estados/>), dentre outros. Acessos em: 30 mai. 2023.

⁸⁹ DOADA por Trump e sem eficácia comprovada, cloroquina encalha pelo Brasil. **Exame**, 2 de março de 2021. Disponível em <https://exame.com/brasil/doada-por-trump-e-sem-eficacia-comprovada-cloroquina-encalha-pelo-brasil/>. Acesso em: 30 mai. 2023.

⁹⁰ No Facebook, está disponível em <https://ms-my.facebook.com/minsaude/photos/ao-perceber-sintomas-da-covid-19-n%C3%A3oespere-procure-uma-unidade-de-sa%C3%BAde-e-solici/4114390988579486/>. No Instagram, <https://www.instagram.com/p/CHfWswwAjUc/>. A publicação do Twitter foi mais tarde apagada. Acessos em: 30 mai. 2023.

disseminar falsas associações destes com o aparecimento de outras infecções, recusar a oferta de vacinas por laboratórios internacionais e, mais tarde, menosprezar a produção de imunizantes pelo Instituto Butantan em parceria com o laboratório chinês Sinovac, referindo-se pejorativamente ao imunizante como “vacina chinesa” (Furlan; Caramelli, 2021).

No campo da saúde reprodutiva, Bolsonaro revogou a única regulamentação do governo federal que declarava os serviços de saúde sexual e reprodutiva como essenciais durante a pandemia (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022). A Nota Técnica 16/2020 (Brasil, 2020e), do Ministério da Saúde, recomendava, dentre diversas outras ações, a continuidade dos serviços de atenção à vítima de violência sexual, o acesso à contracepção de emergência e o direito ao aborto legal e seguro.^{91,92} Bolsonaro se referiu ao documento como *minuta de portaria apócrifa sobre aborto* e comentou nas redes sociais que não apoiaria *qualquer tentativa de legalização do aborto*.⁹³ Por sua pressão, a nota foi retirada do ar e ambos os técnicos que trabalharam na sua elaboração foram exonerados.⁹⁴

Nos hospitais, enquanto especialistas alertavam para a importância de garantir o acesso às unidades de terapia intensiva precocemente às mulheres grávidas e puérperas (FMUSP/FIOCRUZ, 2020), a situação, em julho de 2020, era de morte em agonia. À época, 22% dos casos fatais não chegaram a ser internados em UTIs, e 14% não receberam sequer suporte ventilatório (FEBRASGO, 2020c, n.p.).

A política letal que movia o Estado brasileiro ao lidar com as mortes na pandemia, inclusive as maternas, foi reconhecida nas discussões durante a CPI da Pandemia.⁹⁵ Em seu

⁹¹ A Nota Técnica nº. 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS foi produzida pela Coordenação de Saúde das Mulheres, vinculada à Coordenação-Geral de Ciclos da Vida do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, em colaboração com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

⁹² A Nota Técnica concluía, também, pela possibilidade de os serviços de saúde usarem os recursos da telemedicina para os atendimentos, evitando a descontinuidade. No entanto, uma das iniciativas pioneiras do uso da telessaúde para garantir a realização do aborto legal, tomada pelo Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (Nuavidas), do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, foi atacada pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, que move processo administrativo disciplinar contra a médica responsável pelo núcleo (Penalva; Nunes; Seabra, 2023).

⁹³ As falas foram divulgadas pela Folha de S. Paulo: CANCIAN, Natália *et al.* Após pressão de Bolsonaro, Ministério da Saúde retira do ar nota técnica que cita acesso a aborto legal. **Folha de S. Paulo**, Brasília, 2 de junho de 2020. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/apos-pressao-de-bolsonaro-ministerio-da-saude-retira-do-ar-nota-tecnica-que-cita-acesso-a-aborto-legal.shtml>. Acesso em: 30 mai. 2023.

⁹⁴ As exonerações de Flávia Andrade Fialho, coordenadora de Saúde das Mulheres, e Danilo Campos da Luz, coordenador de Saúde do Homem, ambos da Coordenação-geral de Ciclos da Vida da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, foram publicadas no Diário Oficial da União em 5 de junho de 2020.

⁹⁵ A CPI da Pandemia, ou CPI da COVID-19, foi uma comissão parlamentar de inquérito criada em 13 de abril de 2021, pelo Senado Federal, por intermédio dos requerimentos nºs 1.371 e 1.372, de 2021. Teve a função de investigar irregularidades e omissões nas ações do governo federal e da pessoa do então presidente Jair

documento final, afirma não ter sido registrado “nenhum especial empenho do Ministério da Saúde dirigido às mulheres nessas condições [de gravidez ou puerpério], debitando-se esse resultado [da alta de mortes] à negligência do governo federal e à falta de acesso aos cuidados adequados” (Brasil, 2021b, p. 609).

De fato, o Estado brasileiro não incorporou a saúde reprodutiva no pacote emergencial de saúde, e a atenção à saúde materna foi relegada a segundo plano (Diniz; Carino, 2020). Grávidas e puérperas eram recusadas nos serviços de saúde por superlotação, falta de profissionais ou falta de preparo para admitir pessoas infectadas.

Mesmo após a publicação do Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera Frente à Pandemia de COVID-19, em setembro de 2020, pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2021c), não foi implementada uma “rede para acompanhar de perto essas mulheres na atenção básica e encaminhá-las para hospitais com leitos de UTI e profissionais capacitados para atendê-las”, e as orientações do guia não repercutiram na beira dos leitos.⁹⁶

Como consequência, vivenciamos uma taxa de letalidade de 7,2% em relação à morte materna por COVID-19, quase três vezes maior da observada na população geral, de 2,6% (Guimarães *et al.*, 2023). Em 2020, ano da morte de Viviane, 12 mulheres grávidas ou puérperas morriam por semana infectadas pela COVID-19. Chegamos ao final de 2020 com 549 óbitos maternos relacionados ao novo coronavírus sem que tal situação fosse endereçada pelo Estado brasileiro (Guimarães *et al.*, 2023). A alta das mortes era evidência de que “o acesso oportuno aos serviços de saúde e a qualidade dos serviços prestados se deterioraram, especialmente no momento de maior impacto da epidemia” (Orellana *et al.*, 2022, p. 6).

Como mencionei no início deste capítulo, a COVID-19 foi um novo marco na desassistência à saúde das mulheres. A um sistema de saúde já fragilizado – em que grávidas e puérperas enfrentavam dificuldades em relação ao acompanhamento pré-natal de qualidade, aos serviços especializados de cuidado materno e à falta de profissionais capacitados para lidarem com complicações da gravidez, parto e puerpério – somou-se a adoção de uma política letal por parte do Estado brasileiro, que culminou no colapso dos hospitais, no atraso

Bolsonaro, durante a pandemia de COVID-19. O relatório final foi apresentado em 26 de outubro de 2021 (Brasil, 2021b).

⁹⁶ Essa conclusão aparece na série de artigos sobre Mortalidade Materna feita pela Folha de S. Paulo, em parceria com o Pulitzer Center. O artigo citado é intitulado “Maternal Deaths in Brazil Are Reflection of The Pandemic Denial in the Bolsonaro Administration, Says Researcher”, e está disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/internacional/en/scienceandhealth/2023/03/maternal-deaths-in-brazil-are-reflection-of-the-pandemic-denial-in-the-bolsonaro-administration-says-researcher.shtml>. Acesso em: 16 mar. 2023.

da vacinação e no incentivo de tratamentos questionáveis, com impactos devastadores na mortalidade materna.

Desde o início de 2020, as publicações sobre os óbitos de mulheres grávidas e puérperas no Brasil advertiam para a necessidade de preparo e organização de uma rede de atenção integral à saúde materna, para que esse grupo pudesse ter acesso rápido e adequado ao cuidado médico (Guimarães *et al.*, 2023). Os alertas foram ignorados pelo governo federal, que falhou em “coordenar, promover e financiar medidas de saúde pública sancionadas internacionalmente” (Ferigato *et al.*, 2020, p. 1636). Sua recorrente recusa em seguir recomendações de “entidades científicas/médicas reconhecidas, nacionais e internacionais, [levou] ao desperdício de esforços e [causou] mais sofrimento” (Furlan; Caramelli, 2021, p. 3).

As notícias que mencionei evidenciam mais do que uma negligência do Estado brasileiro no gerenciamento da pandemia. Diversas ações foram, de fato, tomadas pelo chefe do executivo, mas não se apoiavam em evidências e contrariavam as melhores recomendações em saúde. Mesmo com a disparada das mortes, o governo federal ainda defendia a baixa gravidade da doença e baseava-se em informações falsas para orientar a população. Célia Landmann Szwarcwald, Cristiano Siqueira Boccolini, Wanessa da Silva de Almeida, Aduauto Martins Soares Filho e Deborah Carvalho Malta complementam que “mensagens errôneas e contraditórias de agentes políticos do governo brasileiro formaram uma narrativa que divergia e competia com diretrizes e boas práticas baseadas em evidências em saúde” (2022, p. 2).

Entendo, assim, que o crescimento da mortalidade materna não pode ser atribuído apenas à excepcionalidade da pandemia ou a comorbidades individuais dessas mulheres. Ela é a soma das vulnerabilidades pré-existentes da saúde reprodutiva no Brasil, das políticas emergenciais que não abordaram os impactos de gênero do novo surto global e da política letal adotada pelo governo federal, baseada em falsa ciência (Ferigato *et al.*, 2020; Orellana *et al.*, 2022; Guimarães *et al.*, 2023).

Uma última fala de Bolsonaro me chama atenção. Em 15 de julho de 2020, positivado para COVID-19, deu entrevista em frente ao Palácio da Alvorada. Depois de afirmar que nunca tinha feito recomendações de tratamento e que as pessoas deveriam procurar um médico para orientações, afirmou ao repórter: “A história vai dizer quem estava certo, no futuro, e a quem cabe qualquer responsabilidade sobre as mortes”.

Minha pesquisa é um dos documentos que pretendem contar essa história; a que mostra o que fez o governo federal durante uma tragédia, e como agiu para, desobedecendo

suas responsabilidades legais, tomar mais vidas. Cabe, agora, pensar em mobilizações jurídicas a partir da disputa pela responsabilização de quem matou ou deixou morrer Viviane e tantas outras mulheres (Diniz e Gebara, 2022).

3. COMO REPARAR A VIDA TOMADA

O *reparar* desenvolvido nesta pesquisa foi pensado sob dois marcos. O primeiro, a reparação pelo testemunho, permitiu-me recontar a história de Viviane como uma forma de subverter a história única que contam sobre a sua morte (Adichie, 2019). Testemunhar e lembrar são verbos que se entremeiam, dizem Debora Diniz e Ivone Gebara (2022), e demandam desobediência às formas de recordar para contar uma história. O testemunho “é, desde sempre, um gesto de luta contra a fúria do opressor” (Diniz, 2021c, p. 27).

Usar a escrita acadêmica enquanto um testemunho partiu de um agir coletivo do grupo de pesquisa engajado em entender o cenário da mortalidade materna durante a pandemia a partir do relato de famílias sobreviventes. Ao testemunhar a história de mulheres grávidas e puérperas cujas vidas foram tomadas durante a pandemia, adotamos “outros marcos de pensamentos e afetos”, um processo que Debora Diniz e Ivone Gebara chamam de “reparar feminista” (2022, p. 112).

Reforço a ideia que desenvolvi no primeiro capítulo de que reparar as vidas perdidas é também “oferecer-lhes reconhecimento”; é contar que vidas foram injustiçadas, testemunhar suas histórias e, a partir daí, pensar nas responsabilidades. O fazer jurídico que não envolve o reparar feminista acaba não disputando os “mecanismos de apreensão [...] do Estado patriarcal”, e corre o risco de não romper com os “marcos hegemônicos de poder para mover a engrenagem da reparação” (Diniz; Gebara, 2022, p. 112 e 113).

Da mesma forma, Didier Fassin, ao criticar os limites em que transitam criminologistas, sociólogos e cientistas políticos ao tratarem do tema violência policial (*em termos de lei*, diz o autor), defende que pensar o tema desde as categorias que já estão dadas pelo poder não é o suficiente para interpelá-lo. Diz o autor que “não podemos assumir como dadas as categorias dominantes, que são as categorias do dominador” (Fassin, 2016, p. 62).

Por essa razão, para chegar a este capítulo, que trata da reparação sob o segundo marco, o do litígio jurídico, foi importante, antes, reescrever e recontar o vivido. Falar de uma tragédia que tomou tantas vidas, e marcou tantas famílias, exigia mais do que iniciar o trabalho já imersa no fazer jurídico, nas categorias e terminologias dadas pela lei. Foi necessário o *preparar do terreno*, uma vez que pensar nas responsabilidades jurídicas de um Estado violador não é uma tarefa, em si, difícil; a dificuldade está em pensar atravessada por outras perspectivas, provocar “novas formas de inteligibilidade às injustiças” (Diniz; Gebara, 2022, p. 115), inclusive fortalecendo a argumentação de que essa injustiça vivida também

teve um marco de gênero e, por isso, a responsabilização exigida precisa ser moldada através dessa lente.

Testemunhar a história de Viviane enquanto uma forma de reparação foi parte fundamental deste trabalho, mas também é necessário, neste momento final, voltar à posição da pesquisadora-advogada, aquela que pode usar de um privilégio (de sobrevivente e daquela que fala a língua dos tribunais) para buscar reparação pela vida tomada, e para “falar a verdade ao poder” (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022, p. 2), interpelando-o pelos seus erros, curvando-o a se reescrever para consertar a história (Diniz; Gebara, 2022).

Gabriela Rondon, Debora Diniz e Juliano Benvindo (2022, p. 2) relembram a responsabilidade dos juristas de expandir “nossas agendas de pesquisa para além das nossas trajetórias acadêmicas anteriores e trabalhar para mitigar situações de violação de direitos”, nos posicionando como “advogados e litigantes para os mais afetados pela pandemia”. É por essa razão que neste capítulo começo a desenhar os contornos de uma possível reparação jurídica pelos danos causados.

O pensado para reparar não se encerra aqui. Como integrante do Projeto Cravinas, a clínica de direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos da Universidade de Brasília, estamos em processo de assessoramento jurídico e judicialização das demandas das 25 famílias entrevistadas que tiveram suas mães, filhas, esposas ou irmãs tomadas na pandemia. O debate sobre as responsabilidades pelas mortes maternas feito por Mariana Paris (2022) levou à judicialização do caso de Ariane e, a partir desta minha pesquisa, penso que uma estratégia possível para o caso de Viviane pode passar pela responsabilidade do Estado brasileiro, que trato nas próximas seções.⁹⁷

Entendo que levar esses casos às Cortes é parte do processo de luto e recuperação pelo que passamos. Uma possível condenação do Estado implicará indenizar uma vida perdida, e exigir que se prepare para futuras emergências de saúde e responsabilize diretamente aqueles envolvidos no que entendo ter sido uma ordem de matança.

Neste capítulo começo, portanto, a pensar sobre essa reparação a partir do marco do litígio jurídico: primeiro, busco justificar a escolha em responsabilizar o Estado brasileiro e os seus agentes pelo ocorrido com Viviane; segundo, abordo algumas possibilidades de responsabilização no direito nacional e internacional; terceiro, explico a categoria *ordem de matança*, importante de ser caracterizada nas ações judiciais, e desenvolvo a ideia de uma

⁹⁷ Mariana Paris (2022) trata do caso da responsabilização por erro médico no caso de Ariane, e usamos essa perspectiva para pensar na estratégia jurídica adotada.

responsabilidade penal de Bolsonaro pelo homicídio ou feminicídio de pessoas grávidas e puérperas na pandemia.

3.1 RESPONSABILIZAR O PODER

Pensar nos campos de disputa sobre quem atuou para matar Viviane e sobre como deve ser interpelado e responsabilizado permite, a quem se proponha judicializar a demanda, enfrentar diferentes caminhos. A morte de uma mulher puérpera em um leito de hospital durante uma pandemia não é o resultado de apenas uma ação, há uma intersecção de poderes que atuaram para esse desfecho.

O primeiro, e que se desdobra nos demais, é o poder patriarcal. Debora Diniz, Bruna Costa e Sinara Gumieri (2015, p. 227) definem o patriarcado como “o poder de subalternização das mulheres a diferentes regimes de governo da vida, e o gênero é um deles”.⁹⁸ Ele é estruturante porque fundamenta e opera o sistema sociopolítico em que estamos inseridos, caracterizado pelo poder e pela dominação masculinos (hooks, 2004), e molda nossos valores e nosso papel na sociedade.

Empresto a ideia foucauldiana de que todo poder tem como o seu ponto de aplicação, em última instância, o corpo (Foucault, 2006), para dar a materialidade com que ele se manifesta no caso deste estudo. Entendo que a ausência de respostas centradas em mulheres durante a pandemia, mesmo frente às evidências do impacto desproporcional que emergências em saúde têm em suas vidas, a falta da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a redução das mulheres grávidas ao seu papel reprodutivo (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022) são manifestações da brutalidade do patriarcado sobre os corpos das mulheres.

Mas ele é um poder que, no campo do direito litigante, não encontra uma forma de ser responsabilizado diretamente. É preciso, portanto, pensar nos poderes em que ele se desdobra, nas instâncias em que ele também se revela, para pensar em formas de responsabilidade jurídica. É preciso achar o *polo passivo* da ação, na linguagem do direito processual, contra o qual a sentença judicial pode determinar: *você foi o responsável por essa morte, e precisa repará-la.*

⁹⁸ As autoras explicam que a colonialidade, a classe e a cor são também regimes de governo da vida (2015).

A partir da necessidade de entrar no jogo processual, dois poderes podem ser interpelados judicialmente para que respondam pelo que fizeram com Viviane: o poder médico e o poder estatal.

Responder às indagações de quem deve ser responsabilizado por uma morte materna durante a pandemia passa por considerar a culpa médica, aquela que pode ser apreendida a partir dos documentos hospitalares em conjunto com o parecer médico técnico, que demonstram a desassistência à saúde de Viviane. A demora injustificada na realização de exame laboratorial para confirmar a infecção e elaborar um diagnóstico, o atraso na internação na UTI e na decisão pela intubação, a falta de acompanhamento e avaliação pela médica ginecologista obstetra e a sua recusa em comparecer na ala de positivados para COVID-19 e a negativa de realização da interrupção da gestação, mesmo com a rápida piora da saúde de Viviane, são condutas médicas passíveis de responsabilização.

É certo que, mesmo que o corpo médico tenha agido sem a intenção de negar assistência ou de tirar uma vida (intencionalidade e consciência que configurariam o dolo, no saber jurídico), a demora ou o deixar de fazer um ato ou procedimento necessários para salvaguardar a saúde e a vida de Viviane são passíveis de responsabilização, porque demonstram a violação de um dever de cuidado. Entrar na seara da culpa médica passaria por comprovar se houve negligência, imprudência ou imperícia no caso de Viviane, que teriam levado à sua morte

No entanto, mesmo que as falhas médicas no cuidado com a saúde de Viviane sejam evidentes a quem se proponha mergulhar nos documentos da sua internação, a sua morte não foi um caso isolado. Além disso, a abordagem jurídica a partir da ótica de uma conduta médica individualizada nos levaria a tratar da morte de Viviane sob a perspectiva de um *erro* – o erro médico – quando, na realidade, foi consequência de condutas médicas deliberadas e respaldadas em políticas defendidas não só pelo poder público, mas pelo próprio órgão regulador da classe médica, o Conselho Federal de Medicina (CFM).⁹⁹

Assim, embora acredite que investigar como o poder médico se desdobrou para matar ou deixar morrer Viviane, e quais as responsabilidades a partir disso, seja válido quando

⁹⁹ Em 16 de abril de 2020, o CFM emitiu o Parecer n. 04/2020, em que orientava o uso da cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19. O parecer demorou a ser revogado, mesmo após a descrença da comunidade científica sobre a eficácia da medicação. Os posicionamentos do órgão são objeto de ação judicial (Ação Civil Pública nº. 5028266-85.2021.4.03.6100), de autoria da Defensoria Pública da União. A instituição pede a responsabilização do CFM pela recomendação do “tratamento precoce”, bem como a reparação e indenização das famílias afetadas. Além disso, a autarquia também foi objeto de investigação da CPI da COVID-19.

ponderadas as possibilidades de reparação pela via judicial, entendo que reduzir uma tragédia a um *erro* não é suficiente para reparar o vivido, e tampouco explica a magnitude do cenário das mortes maternas por COVID-19 no Brasil.

É preciso interpelar o poder que possibilitou, ou ao menos não evitou, o agravamento do cenário da mortalidade materna na pandemia, o que nos fez contabilizar duas mil e cinquenta e cinco vidas de grávidas e puérperas tomadas: o poder estatal. Há aqui, sem dúvida, outro desdobramento do poder patriarcal. Debora Diniz (2014, p. 12) explica que as instituições oficializam o patriarcado como regra de governo, e as “leis são o registro da sua legalidade e de sua potência para o uso da força perante as insubordinadas”. Assim, responsabilizar o poder estatal por uma morte materna é buscar a materialidade de um culpado e uma reparação, sem que se perca de vista o regime do patriarcado.

Discorri no capítulo anterior como o Estado brasileiro se movimentou durante a pandemia. O impacto de um novo vírus em um sistema de saúde já fragilizado, a ausência de respostas centradas em mulheres que garantissem seus direitos sexuais e reprodutivos e o gerenciamento letal, por parte dos seus agentes, que tomavam decisões baseadas em falsa ciência enquanto ignoravam recomendações de instituições e órgãos da saúde, se traduziram no que entendo ser uma *ordem de matança* contra as mulheres.

Foram as ações do Estado brasileiro, representado por seus agentes públicos, que, ao adotar decisões institucionais e políticas que se revelaram, desde o primeiro momento, letais na condução da saúde, tomaram a vida de Viviane. Buscar a responsabilidade do Estado brasileiro é, portanto, interpelar diretamente o poder que atuou para ferir direitos fundamentais das mulheres grávidas e puérperas durante a pandemia.

3.2 A REPARAÇÃO PELO LITÍGIO JURÍDICO

A partir da definição de quem responsabilizar, investigo as possibilidades sobre *como* o Estado e seus agentes podem ser interpelados judicialmente. Discorro nesta seção sobre as responsabilidades que entendo como mais evidentes e, talvez, de maior aceitação pelas Cortes, como a civil estatal e a internacional, e, na seção seguinte, sobre uma possibilidade em construção, a responsabilidade penal pelo homicídio ou feminicídio de pessoas grávidas e puérperas durante a pandemia.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Como detalho nesta e na próxima seção, a ideia de que certas responsabilidades possam ser entendidas como mais evidentes parte de alguns fatores: o acúmulo jurisprudencial de casos similares ou a maior ou menor

Na experiência internacional, o Estado brasileiro já foi responsabilizado por uma morte materna frente a um órgão internacional de direitos humanos. Falo do caso de Alyne Pimentel, mulher grávida, jovem, negra e pobre, moradora de Belfort Roxo, no Rio de Janeiro, que, em 11 de novembro de 2002, procurou um hospital privado com queixas de saúde.

Apesar de os sintomas de enjoo e dores abdominais indicarem a evolução para uma gravidez de alto risco, Alyne recebeu alta e foi mandada para casa. Com a piora da sua saúde, retornou ao hospital dois dias depois, situação em que os médicos não conseguiram mais detectar batimentos cardíacos fetais. Alyne aguardou seis horas para que fosse induzido o parto, resultado em um feto natimorto, e mais catorze horas para a retirada da placenta. O estado grave da sua saúde recomendava a transferência para um hospital especializado, ocorrida oito horas depois. Passadas 21 horas sem assistência à sua saúde, Alyne morreu de hemorragia pós-parto, em 16 de novembro de 2002.

Sua família procurou os tribunais brasileiros para ver reparada sua morte. Em fevereiro de 2003, ingressaram com uma ação pedindo compensação pelos danos materiais e morais sofridos. Decorridos quatro anos sem que o Judiciário proferisse decisão analisando o mérito da ação, a família denunciou o Estado brasileiro perante o Comitê para a Eliminação de Discriminação contra Mulheres (CEDAW), da ONU.

A representação foi fundamentada no descumprimento dos artigos 2º, alínea c, e 12, da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, pela violação aos direitos à vida, à saúde sem discriminação e ao acesso à justiça. Além da demora do Estado em adotar uma decisão sobre a ação de indenização, a família alegou a falha do Brasil em garantir à Alyne “serviços de saúde oportunos e de qualidade durante a gravidez e o parto, o que colocou em risco sua vida, a sua saúde e seu direito de viver livre de discriminação” (Center for Reproductive Rights, 2014, p. 3).

Em 2011, o Estado brasileiro foi declarado responsável pelas violações aos direitos de Alyne Pimentel. O Comitê entendeu seu óbito como uma morte materna e reconheceu que não haviam sido garantidos serviços médicos adequados para cuidar da sua saúde.¹⁰¹ Entre as

dificuldade em se comprovar, na ação judicial, todos os elementos necessários para configuração da responsabilização pretendida.

¹⁰¹ O Estado brasileiro havia se defendido argumentando que a morte de Alyne teria decorrido de uma hemorragia digestiva, o que não foi acolhido pelo Comitê. Cinthia Catoia, Fabiana Severo e Inara Firmino (2020, p. 6) explicam que a questão de a “causa da morte ser ou não materna foi essencial para se entender se houve violação ao direito à saúde em razão da condição de ser mulher, visto que a violação ao direito à saúde

reparações entendidas como adequadas, recomendou-se a indenização financeira da família de Alyne em consonância com a gravidade das violações cometidas, e a adoção de diversas ações para garantir o direito à maternidade segura, a mitigação de direitos violados e a redução da mortalidade materna evitável.

O caso de Alyne Pimentel é um precedente importante na responsabilização do Estado brasileiro por um caso de morte materna evitável. Ao decidir sobre os eventos ocorridos com Alyne, o Comitê transcendeu o caso individual, condenando o Brasil “por ter negado não somente os direitos de Alyne, mas também os direitos de todas as mulheres brasileiras” quando, em sua sentença, abordou falhas sistêmicas da atenção à saúde que levaram a uma morte materna (Cook, 2013, p. 14).

As recomendações para que o país garantisse o direito à maternidade segura e o acesso a cuidados obstétricos de emergência para todas as mulheres, sem discriminação, não foram observadas durante a crise sanitária global, abrindo possibilidades de interpelação do Estado brasileiro no cenário internacional.

Também, ao dar os fundamentos da sua decisão, o Comitê ancorou a responsabilidade do Brasil em sua própria Constituição, abrindo espaço para que pessoas grávidas e suas famílias possam explorar esse precedente no campo do litígio jurídico nacional.

Nesse campo, uma das possibilidades de chamar o Estado para que responda por seus atos passa por sua responsabilização civil.¹⁰² Há aspectos reparatórios e pedagógicos em uma reparação civil ancorada no direito brasileiro: uma condenação pode obrigar a União, o polo passivo dessa demanda, a indenizar a família de Viviane pela vida tomada, e exigir que se prepare para futuras emergências de saúde. O seu acatamento mandatório cria uma obrigação ao Estado, ao contrário da internacional, que tem caráter recomendatório.

Bandeira de Mello explica a responsabilidade estatal como uma consequência lógica da noção de Estado de Direito, em que todas as pessoas, sejam de direito privado ou público, estão subordinadas à ordem jurídica, e têm para si direitos e deveres. Assim, quando seus comportamentos violam o direito alheio, devem ser responsabilizadas, pois se “não há sujeitos fora do direito, não há sujeitos irresponsáveis; se o Estado é um sujeito de direitos, o Estado é responsável” (2023, p. 894).

de Alyne Pimentel como vítima de discriminação em face de seu gênero não foi admitida pelo Estado brasileiro”.

¹⁰² Em linhas gerais, a responsabilidade civil estatal está prevista na Constituição Federal de 1988, em seu art. 37, §6º. O artigo prevê que as pessoas jurídicas de direito público responderão pelos danos que seus agentes causarem a terceiros (Brasil, 1988).

A obrigação estatal de reparar surge, portanto, quando um comportamento do poder público, lícito ou ilícito, causa danos, materiais ou morais, aos direitos de alguém. A conduta que gera o dano pode ser um fazer ou um deixar de fazer; em outras palavras, um ato comissivo ou um ato omissivo. A distinção importa para a configuração do dever de indenizar. Enquanto em ambas devem-se provar os elementos da conduta (a ação estatal representada pela atuação dos seus agentes públicos quando exercem sua função); do dano sofrido (a lesão a um bem protegido pela lei); e o nexu causal entre a conduta e o dano (demonstrar como aquela conduta deu causa àquele dano), é somente nos casos de omissão que o elemento subjetivo – o dolo ou a culpa – deve também ser comprovado.¹⁰³

No Brasil, a doutrina e a jurisprudência, de maneira preponderante, afirmam a responsabilidade objetiva – aquela que prescinde a comprovação da culpa e do dolo de quem representa o Estado – como regra em nosso sistema jurídico (Bandeira de Mello, 2023; Di Pietro, 2023), pela adoção da teoria do risco administrativo na Constituição Federal. Essa é uma situação mais benéfica a quem busca a indenização porque dispensa a investigação da subjetividade ou da “vontade psíquica” (Justen Filho, 2014, p. 1335) daquele que agiu ou deixou de agir em nome do Estado.¹⁰⁴

A literatura até agora produzida sobre a responsabilização civil estatal pela pandemia (Nunes, 2021; Bisneto; Santos; Cavet, 2020; Costa; Duarte, 2021; Sousa, 2021; Mafra; Silva; Schlickmann, 2021) parte de uma conduta omissiva como geradora do dano. Entendo, porém, a possibilidade de se abordar as ações estatais desde seus atos comissivos, pelo que fez de maneira deliberada e consciente, e não somente pelo que deixou de fazer. Como mencionei anteriormente, as normas federais publicadas no período (CEPEDISA; Conectas, 2021), as ações e as declarações de Jair Bolsonaro, enquanto um agente estatal, revelam não a inércia, mas o empenho e a eficiência da atuação do governo em difundir uma estratégia de ação baseada em negar a gravidade do vivido e se pautar em falsa ciência (Ferigato *et al.*, 2020; Orellana *et al.*, 2022; Guimarães *et al.*, 2023)

Mesmo que isso dispense a necessidade de se comprovar a culpa ou o dolo, é preciso apontar qual ou quais sujeitos o comprometeram quando agiram em seu nome, e quais

¹⁰³ A doutrina que citei discute sobre a unificação do tratamento da responsabilidade civil por atos comissivos e omissivos, o que levaria à aplicação da responsabilidade objetiva inclusive para casos de omissão. No entanto, para os objetivos propostos neste trabalho, não entendo ser necessário entrar no debate da dogmática do Direito.

¹⁰⁴ A teoria parte da ideia de que a atuação do Estado envolve um risco inerente de dano para os administrados; na ocasião desse dano recair, isoladamente, a certos membros da sociedade e com isso acabar por impor-lhes um ônus não suportado pelos demais, a responsabilidade do Estado funciona como mecanismo para compensar esse desequilíbrio (Bittencourt, 2007).

condutas causaram danos aos direitos de terceiros. Bandeira de Mello (2023, p. 900) explica que a vontade e ação do Estado são constituídas na e pela atuação dos seus agentes, quando se apresentam revestidos dessa qualidade, porque “o que o agente queira, em qualidade funcional [...] entende-se que o Estado quis, ainda que haja querido mal. O que o agente nestas condições faça é o que o Estado fez”.

Daqui a importância de discorrer longamente sobre as condutas de Jair Bolsonaro, e suas consequências, no segundo capítulo. Enquanto aquele encarregado de manifestar a vontade do Estado em um momento tão crucial como no enfrentamento a uma pandemia, seus atos e impactos que tiveram na morte das mulheres, na perspectiva de uma ação judicial, configuram os elementos “conduta” e “dano”, necessários para caracterizar a responsabilidade estatal. Ao, deliberadamente, impedir que ações fossem tomadas para conter a tragédia da pandemia, inclusive no campo da saúde sexual e reprodutiva, e agir contrariando as melhores recomendações e evidências, causou danos aos direitos fundamentais à vida, à saúde, à dignidade, à igualdade de gênero, a não discriminação e à maternidade das pessoas grávidas e puérperas.

O nexos causal também é evidente. Os comportamentos do chefe do Executivo federal foram determinantes para a lesão aos direitos. Cabral, Ito e Pongeluppe (2021, p. 3) afirmam que um líder negacionista tem o condão de afetar o comportamento social pelos seus dizeres públicos. Os comportamentos de Bolsonaro ajudam a ilustrar essa situação; em quase todas as oportunidades que se dirigiu à população, “minimizou os efeitos da doença, promoveu a confraternização, minimizou a importância do distanciamento social e da higiene pessoal, apoiou tratamentos médicos sem comprovação científica de eficácia”, além de ter desencorajado máscaras e adesão às vacinas.

Sua campanha aberta em favor da utilização da hidroxiquina, como mencionei no capítulo anterior, fez com que 1 a cada 4 brasileiros recorressem ao “tratamento precoce”, mesmo meses depois da sua descrença pela comunidade científica.¹⁰⁵ O reflexo do seu posicionamento em relação à pandemia foi ainda mais profundo nas localidades em que tinha maior base de apoio: nos municípios brasileiros onde teve a maioria dos votos no segundo turno presidencial de 2018, a mortalidade foi significativamente maior. Quanto maior a

¹⁰⁵ Os resultados da pesquisa estão disponíveis na matéria publicada na Folha de S. Paulo: BATISTA, Everton. Um em cada quatro usou remédio para tratar precocemente ou prevenir Covid-19, mostra Datafolha. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 19 de maio de 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2021/05/um-em-cada-quatro-usou-remedio-para-tratar-precocemente-ou-prevenir-covid-19-mostra-datafolha.shtml>. Acesso em: 11 abr. 2023.

“proporção de votos em Bolsonaro, maior a incidência de novos casos e novas mortes na população daquele município após seus discursos públicos negacionistas” (Cabral; Ito; Pongeluppe, 2021, p. 6), veiculados em canais de TV e rádio.

As condutas de Jair Bolsonaro serviram para incentivar a população a colocar em risco sua própria vida, enquanto ele próprio tomava ações contrárias às melhores evidências e às recomendações de autoridades sanitárias. No mesmo sentido, ao final dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia, o relatório concluiu que

o governo federal foi omissivo e optou por agir de forma não técnica e desidiosa no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, expondo deliberadamente a população a risco concreto de infecção em massa. Comprovaram-se a existência de um gabinete paralelo, a intenção de imunizar a população por meio da contaminação natural, a priorização de um tratamento precoce sem amparo científico de eficácia, o desestímulo ao uso de medidas não farmacológicas. Paralelamente, houve deliberado atraso na aquisição de imunizantes, em evidente descaso com a vida das pessoas. Com esse comportamento o governo federal, que tinha o dever legal de agir, assentiu com a morte de brasileiras e brasileiros (Brasil, 2021b, p. 1162).

Durante o segundo capítulo, detalhei a existência de evidências e recomendações nacionais e internacionais que, mesmo nos estágios iniciais da pandemia, denotavam o alto grau de infectividade do vírus, a rapidez com que se espalhava e o impacto desproporcional que teria nos sistemas de saúde já fragilizados e nos grupos vulnerabilizados, a exemplo das mulheres. Havia informação disponível para que o Estado mobilizasse os recursos necessários para “adotar uma postura de governança antecipatória e tomar as medidas para conter ao máximo a expansão da pandemia, reduzindo a mortalidade” (SMDH, 2021, p. 9).

No entanto, a conduta adotada foi a de agir para agravar a tragédia vivida. O mapeamento das normas jurídicas federais de resposta à COVID-19 dá conta dessa realidade: foi detectada não só uma ausência de um enfoque em direitos, mas a “existência de uma estratégia institucional de propagação do vírus, promovida pelo Governo brasileiro [...]. Os resultados afastam a ideia de que haveria incompetência e negligência por parte do Governo federal na gestão da pandemia” (SMDH, 2021, p. 74).

Entendo, da mesma forma, a necessidade de afastar o argumento de que o governo federal teria agido com incompetência ou negligência no gerenciamento da pandemia. O compilado das ações e falas governamentais mostra um agir doloso, um fazer estratégico em uma direção que serviu para agravar a crise vivida, inclusive no que toca à saúde materna, e tomar as vidas de mulheres como Viviane. A essa política letal adotada pelo Estado brasileiro chamo *ordem de matança*.

3.3 A ORDEM DE MATANÇA

Quando Debora Diniz, Bruna Costa e Sinara Gumieri trabalham a importância da categoria do feminicídio para descrever a matança de mulheres pelo regime do gênero, justificam que não basta que um tipo penal genérico descreva a morte de mulheres, seria preciso nomear o marco político da matança. Nomeia-se, portanto, “para resistir ao marco, mas também para denunciar a brutalidade da violência” vivida (2015, p. 228)

Aproprio-me dessa ideia para justificar a nomeação dos atos do Estado brasileiro durante a pandemia como *uma ordem de matança* contra as pessoas grávidas e puérperas. Escolher as palavras é importante para subverter a história única (Adichie, 2019) que o poder tenta contar sobre as vidas tomadas durante a pandemia; a que se resume a adotar o tom de fatalidade inevitável e a apontar o vírus como o maior responsável por tantas mortes.

Falar que Viviane *morreu por COVID-19* não traduz o vivido. A violência sofrida por quem morreu em agonia nos hospitais do país exige uma nomeação à altura da brutalidade. O que mulheres como Viviane, e muitas outras depois dela, viveram não foi somente uma falha no cuidado, mas uma ordem de matança. Ao adotar certos discursos e práticas, o Estado brasileiro criou uma política letal para conduzir a pandemia no Brasil, e condenou à morte quem deveria ter agido para cuidar.

Foucault (1988, p. 131) nomeia este aspecto político da gestão da vida e morte de uma população pelo Estado – o deixar morrer ou fazer viver – como biopolítica. Essa tecnologia de poder age de uma forma disciplinar a regulamentadora: o adestramento do corpo-máquina e o controle do corpo-espécie. Processos como “a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar” são assumidos pelo poder mediante intervenções e controles reguladores. A sujeição dos corpos ao poder não se dá mais pela ameaça da morte, mas pelo controle da vida, fazendo do “poder-saber um agente de transformação da vida humana” (p. 134).

Assim, se a população está sob um regime de dominação pelo poder, seus corpos, saúde e vidas dependem, por subordinação, das decisões e ações que este poder toma e executa. Matar ou deixar morrer pessoas grávidas e puérperas durante uma pandemia não seria acidental, no paralelo com a biopolítica de Foucault, porque a morte, mesmo que não pareça uma ameaça direta do poder, é, no mínimo, uma consequência das suas escolhas de como gerir a vida.

É a partir do entendimento de que o poder *escolheu* agir para matar ou deixar morrer pessoas grávidas e puérperas durante a pandemia que desenvolvo a ideia da *ordem de matança*. Falar em escolhas do poder o retira do lugar passivo daquele que apenas é negligente ou incompetente. A responsabilidade do Estado deve ser abordada pela perspectiva das escolhas que tomou e como decidiu agir para matar ou deixar morrer aquelas que tinha o dever de garantir a saúde e a vida.

Abordar o papel estatal nas mortes maternas durante a pandemia desde uma perspectiva de gerência da vida e ordem de morte me permite trabalhar a intencionalidade das ações de Bolsonaro – o dolo –, subjetividade necessária para a configuração da responsabilidade penal. Mesmo que o elemento subjetivo possa ser dispensado na responsabilidade civil, é preciso que seja comprovado o dolo ou a culpa para que se condene alguém por uma atitude considerada ilícita.

A responsabilização penal de Bolsonaro pelos delitos que cometeu na condução da pandemia foi tratada pela CPI da Pandemia, que o indiciou por dez crimes: epidemia com resultado de morte; infração a medidas sanitárias preventivas; emprego irregular de verba pública; incitação ao crime; falsificação de documentos particulares; charlatanismo; prevaricação; crimes contra a humanidade (extermínio, perseguição e outros atos desumanos) e os crimes de responsabilidade de violação de direito social e incompatibilidade com dignidade, honra e decoro do cargo (Brasil, 2021b).

Também a Comissão Especial para Análise e Sugestões de Medidas ao Enfrentamento da Pandemia do Coronavírus, do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, elaborou parecer em que sugere quais seriam os delitos penais praticados por Bolsonaro durante a pandemia. Aqui, há a sugestão de que o então presidente possa ser denunciado pelo crime de homicídio e lesão corporal, na categoria de omissão imprópria (CFOAB, 2021).

No direito penal, a omissão de alguém é relevante nos casos em que esta pessoa devia e podia agir para evitar o resultado que lesionou um bem jurídico protegido pela lei penal. Este dever de agir pode ser atribuído a quem tem por lei dever de cuidado, proteção ou vigilância; a quem, de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado; e a quem, com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado.

A Constituição Federal atribuiu ao chefe do Poder Executivo da União o dever de zelar pela saúde pública e de evitar situações que possam colocar a vida e a integridade física dos indivíduos em perigo (art. 23, II, e art. 196, ambos da CF). Ele é o garantidor de tais bens

jurídicos, e suas ações que desprezem tal papel podem servir para uma possível responsabilidade criminal.

A Comissão da OAB apontou três exemplos de ações de Bolsonaro durante a pandemia que podem ser configuradas como penalmente relevantes: a primeira, a negativa de compra de vacinas da Pfizer, apesar da ciência do então presidente de que o atraso implicaria uma multiplicação no número de mortes. A segunda, a suspensão da compra da vacina CoronaVac, noticiada pelo então ministro da saúde Pazuello em 20 de outubro de 2020 e, no dia seguinte, desautorizada por Bolsonaro. O parecer menciona que a “política deliberadamente omissiva [do Governo Federal] gerou indevido (*rectius*: ilícito) atraso na imunização da população, com consequências dramáticas” (CFOAB, 2021, p. 8).

As condutas do Estado brasileiro no que toca à imunização afetaram diretamente as pessoas grávidas e puérperas. Ilana Ambrogi, Luciana Brito, Arbel Griner e Susan Bull (2023) relembram o despreparo e as indicações contraditórias que permearam as ações do governo na vacinação deste grupo. A primeira edição do plano nacional de imunização, publicada pelo governo em dezembro de 2020, listava a gravidez como um fator que contraindicaria a vacinação. A segunda edição, publicada em janeiro de 2021, quando iniciada a imunização dos grupos prioritários, considerava a vacinação de pessoas grávidas e puérperas com vacinas de vetor viral (AstraZeneca ou Janssen) um “erro de imunização” (Ambrogi *et al.*, 2023, p. 7).

O grupo foi incluído formalmente no programa nacional em sua quinta edição, de março de 2021. A vacinação era prioritária para mulheres grávidas e puérperas com comorbidades; a gestação não era vista como fator de risco. Somente em abril de 2021 a imunização foi ampliada para todo o grupo, mas suspensa três semanas depois, o que contrariava as melhores recomendações em saúde. A retomada se deu apenas em setembro de 2021, após intensa pressão de órgãos e setores da sociedade civil (Ambrogi *et al.*, 2023).

A terceira e última conduta apontada pela Comissão como criminoso foi a recusa em implementar e operacionalizar as medidas recomendadas para o enfrentamento à pandemia previstas na Lei nº 13.979/2020, como o uso obrigatório de máscaras e a restrição de circulação de pessoas, apesar de amplamente recomendadas por órgãos e organizações de saúde nacionais e internacionais como necessárias e urgentes para evitar o crescente descontrolado de infecções e mortes.

Bolsonaro não só, publicamente, desaconselhava o isolamento e o uso de máscaras, como agiu para impedir a adoção dessas medidas sanitárias pelos governadores e prefeitos, visto que interpôs a ADI nº 6764/DF, em que pretendia suspender decretos da Bahia, Distrito

Federal e Rio Grande do Sul que estabeleciam, em nível estadual, medidas restritivas para combater a pandemia.¹⁰⁶

Essas condutas de um agente encarregado de, àquele momento, externar a vontade estatal, cujo dever era o de proteger a saúde pública e a vida das pessoas, elevaram “um risco juridicamente proibido de morte para as pessoas pertencentes aos grupos vulneráveis e, pelos menos, de lesão corporal para os demais envolvidos” (CFOAB, 2021, p. 11). A “probabilidade próxima da certeza” de que suas ações, se corretas, teriam evitado tantas mortes permite considerar que suas omissões (as condutas comissivas por omissão) são a causa de um resultado considerado criminoso.

O elemento subjetivo mais adequado às ações de Bolsonaro é o agir doloso, intencional, em que se pratica um ilícito porque se quer ou assume o risco do seu resultado. Ante a dificuldade em se comprovar a existência do dolo direto, em que a pessoa deseja conscientemente e propositalmente alcançar o resultado, a presença do dolo eventual, quando se assume o risco de produzir o resultado com determinada conduta, pode ser mais evidente. A indiferença de Bolsonaro quanto às mortes produzidas passa a ser uma indicação segura de que se resignou com o resultado e, portanto, atuou de forma dolosa quando praticou os crimes de homicídio (CFOAB, 2021).

Ainda, a matança de pessoas pertencentes a grupos vulnerabilizados de que trata o parecer se adequa às mortes maternas, grupo de risco na pandemia. Esta responsabilização penal pela morte de mulheres permite ir além, e abordar tais mortes como um feminicídio de Estado (Mendes, 2021, p. 49), definido como todas as “condutas dolosas, comissivas ou omissivas, de agentes estatais que deem causa à morte de mulheres em razão da situação de desigualdade histórico-cultural de poder, construída e naturalizada como padrão de menosprezo ou discriminação ao gênero feminino”.

Algumas possibilidades de se defender o menosprezo e a discriminação de mulheres grávidas e puérperas durante a pandemia estão descritas no segundo capítulo. Bolsonaro ignorou o impacto – anunciado – que o novo vírus teria em um sistema de saúde já fragilizado, no qual mulheres enfrentavam dificuldade em acessar o acompanhamento pré-natal de qualidade e os serviços especializados de cuidado materno; não incorporou a saúde reprodutiva no pacote emergencial de saúde, o que fez com que grávidas e puérperas fossem

¹⁰⁶ O relator da ação, Ministro Marco Aurélio, negou seu trâmite alegando que a ADI continha “erro grosseiro” incapaz de ser processualmente corrigido, por ter sido assinada por Bolsonaro e não pelo advogado-geral da União; e reafirmou o entendimento do Supremo Tribunal Federal de que é competência concorrente tanto da União quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios a tarefa de cuidar da saúde e assistência pública.

recusadas nos serviços de saúde por superlotação, falta de profissionais ou falta de preparo para admitir pessoas infectadas nas maternidades; revogou a única nota técnica que tratava da saúde sexual e reprodutiva; e agiu, no mínimo, com indiferença quando confrontado com o crescente número de mortes, inclusive maternas, durante a pandemia, conduzindo uma política letal no seu gerenciamento.

A *ordem de matança* expressa pelo Estado brasileiro que culminou na violação de direitos, no homicídio de milhares de pessoas e no feminicídio de mulheres grávidas e puérperas, pede reparação, seja no campo civil ou penal, nacional ou internacional. Mesmo que o litígio jurídico não garanta uma vitória, levar este caso de morte materna às Cortes permite que, para além das linhas deste trabalho, as escritas dos tribunais, imbuídas da oficialidade do poder, testemunhem a história da morte de Viviane, ou *o que fizeram com ela*.

EPÍLOGO

Perguntar sobre o que aconteceu com Viviane partiu de um exercício de assombro. A afirmação de que vivemos no país que mais matou mulheres grávidas e puérperas durante a pandemia da COVID-19 fez surgir a demanda para que respondêssemos à pergunta: *o que fizeram com elas?* Foi essa a inquietação que compartilhei com o grupo de pesquisa que, pela escuta das famílias que sobreviveram à tragédia, fez a busca ativa das histórias de mulheres cujas vidas foram tomadas.

O encontro com a história de Viviane se deu pela violência que a fez vítima. O relato de sua mãe, Dona Silvia, ao mesmo tempo em que me indignou, moveu-me à pesquisa. Assim, foi a partir dessa experiência do assombro (Diniz; Gebara, 2022) junto à demanda da família para que levássemos o caso de Viviane aos tribunais que desenvolvi a minha pesquisa, analisando formas de responsabilizar e reparar uma morte materna ocorrida na pandemia.

Desenvolvi a ideia da reparação sob duas perspectivas: a reparação pelo testemunho e a reparação pela proposta de litígios jurídicos. Usei o conceito foucauldiano de *revanche* para explicar a reparação como uma forma de fazer renascer a história de Viviane a partir de outros marcos, contrariando o esquecimento ou a infâmia que o poder quis confiná-la.

Entendi ser necessário nomear Viviane. Tirá-la da invisibilidade que a história única a colocou e reparar a desumanização sofrida me levaram à escolha ética de não a anonimizar. Amparei-me em autoras (Diniz, 2015; Brito, 2016) que fizeram testemunhos de graves violações de direitos humanos para justificar que, em casos como o trabalhado nesta pesquisa, manter a confidencialidade não garante um direito, mas perpetua sua violação.

Para trabalhar os objetivos desta pesquisa, entendi ser necessário contar a história da morte de Viviane a partir da triste jornada da manifestação dos seus sintomas, internação, diagnóstico, parto e morte. Escavar seus arquivos médicos, em conjunto com o relato de Dona Silvia, permitiu observar como diversos poderes atuaram para matar, ou deixar morrer, Viviane. O poder patriarcal, que a resumiu em seu gênero e à sua função reprodutiva (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022); o poder médico, pelas demoras injustificadas no diagnóstico, na internação na UTI, na decisão pela intubação e na realização da interrupção da gestação; e o poder estatal, que agravou o cenário da mortalidade materna no Brasil com as suas escolhas de não garantir os direitos sexuais e reprodutivos durante a pandemia, de ignorar recomendações sobre saúde de órgãos e organizações competentes e de tomar decisões sem embasamento em evidências.

Diante da constatação sobre quem matou, ou ao menos deixou morrer, Viviane, investiguei as possibilidades de responsabilização pela sua morte, tendo no horizonte a reparação não só ética e histórica, mas também jurídica. Justifiquei, portanto, que, enquanto o poder patriarcal, em si, não poderia constar no polo passivo de uma ação, e o poder médico, sozinho, não explicaria o cenário da mortalidade materna no Brasil, optei por estudar a responsabilidade do poder estatal – desde as ações de agentes públicos que representavam sua vontade durante a pandemia.

A partir de documentos, recomendações e pesquisas internacionais, discorri sobre o cenário da mortalidade materna do Brasil antes da pandemia da COVID-19 e durante a chegada do novo coronavírus. Revisei quais eram as orientações de órgãos e organizações nacionais e internacionais que estavam postas tanto à época da morte de Viviane, quanto antes da pandemia, tendo como base o vivido em outras emergências de saúde. O arquivo formado me permitiu verificar o impacto desproporcional que epidemias e pandemias têm na vida das mulheres, e a necessidade de pensar em estratégias centradas em mulheres para mitigar ou evitar violações aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Argumentei que esse arquivo permitia concluir *o que deveriam ter feito* para garantir a saúde e a vida de mulheres como Viviane. Busquei, então, entender o que, de fato, fizeram, para evitar o impacto que se anunciava. Havia aqui uma função dupla: enquanto compilava as ações do Estado brasileiro durante a pandemia, em especial na figura de Jair Bolsonaro, aquele responsável por externalizar a vontade estatal à época, também delimitava as condutas do poder estatal que matou Viviane, e pelas quais poderia ser responsabilizado em um possível litígio jurídico.

A intersecção entre a pesquisa acadêmica e a demanda jurídica me permitiu desenvolver este trabalho desde minha posição de *escutadeira*, que apreende a vida de outras mulheres e reclama o reconhecimento de suas existências (Diniz; Gebara, 2022), e de pesquisadora-advogada, alguém que ouve testemunhos e escava arquivos para agir no campo jurídico.

É no Judiciário que respondo à demanda de Dona Silvia por justiça, que interpelo o poder sobre suas ações e seus erros (Rondon; Diniz; Benvindo, 2022), e respondo às questões do tempo presente (Segato, 2021). Adotei o conceito de uma pesquisa engajada (Diniz, 2021a e 2021b) para evidenciar o que provoca este trabalho e meu compromisso ético e político com o mundo e com aquelas e aqueles afetados pela pandemia, os que sobreviveram e os que sucumbiram.

Justifiquei a possibilidade de interpelar o Estado a partir da responsabilidade internacional e nacional pelos seus atos durante a pandemia. No direito internacional, o caso de Alyne Pimentel serviu para guiar a tese da possibilidade de se buscar reparação em uma Corte supranacional. No direito brasileiro, desenvolvi as possibilidades de uma responsabilização civil estatal desde seus atos comissivos, o que dispensaria a necessidade de comprovar a subjetividade do agente estatal, e a responsabilização criminal de Bolsonaro por suas ações e omissões dolosas que resultaram em condutas criminosas. Trouxe construções feitas por outros autores para justificar a categorização das condutas potencialmente criminosas de Bolsonaro como homicídio contra a população, e feminicídio contra pessoas grávidas e puérperas.

Trabalhei, ainda, o conceito de *ordem de matança* para caracterizar a política letal com que o Estado brasileiro conduziu a pandemia, que, de maneira deliberada, consciente e proposital, matou ou, ao menos, deixou morrer mulheres como Viviane.

O construído nesta pesquisa procurou formas de reparar uma vida tomada a partir do testemunho do que fizeram com Viviane e a partir das propostas de litígio jurídico. Mesmo que o êxito judicial não seja certo, levar este caso de morte materna aos tribunais permite que, para além das linhas deste trabalho, as escritas do Poder Judiciário, imbuídas de oficialidade, também testemunhem a história da morte de Viviane.

Entendo esta pesquisa como um documento que integra um arquivo muito mais amplo, aquele construído a muitas mãos a partir de uma nova historiografia feminista (Diniz; Gebara, 2022), que reescreve o vivido na esperança da reparação futura. Responder às perguntas sobre o que fizeram com Viviane, quem a matou ou a deixou morrer, e como responsabilizá-lo, permitiu-me testemunhar sua história e elaborar o retrato de um tempo através de lentes sensíveis às violências experimentadas pelas mulheres durante uma crise em saúde, adotando o processo do reparar feminista.

REFERÊNCIAS

“É o destino de todo mundo”, afirma Bolsonaro após lamentar mortes por coronavírus. **G1**, Brasília, 2 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/02/e-o-destino-de-todo-mundo-afirma-bolsonaro-apos-lamentar-mortes-por-coronavirus.ghtml>.

Acesso em: 6 jan. 2023.

A RAZÃO da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso. **UNFPA Brasil**, 18 out. 2022. Disponível em: <https://brasil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>. Acesso em: 5 maio 2023.

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

ALVES, Pedro. Fisioterapeuta grávida morre de coronavírus e bebê fica internado, diz hospital. **G1**, Pernambuco, 6 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/04/06/fisioterapeuta-gravida-morre-com-coronavirus-e-bebe-fica-internado-diz-hospital.ghtml>. Acesso em: 30 abr. 2023.

AMBROGI, Ilana; BRITO, Luciana; GRINER, Arbel; BULL, Susan. Gender inequity and COVID-19 vaccination policies for pregnant women in the Americas. **Wellcome Open Research**, v. 8, n. 121, p. 1-16, ago. 2023. DOI:

<https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.18939.1>. Disponível em:

<https://wellcomeopenresearch.org/articles/8-121/v1>. Acesso em: 8 set. 2023.

AMORIM, Melania Maria Ramos; TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; FONSECA, Eduardo Borges da. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 223, n. 2, p. 298-299, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.023>. Disponível em: <https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2820%2930471-3>. Acesso em: 8 set. 2023.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo**. 36. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2023.

BARTHES, Roland. **Câmara clara**: nota sobre a fotografia. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

BATISTA, Everton Lopes. Um em cada quatro usou remédio para tratar precocemente ou prevenir Covid-19, mostra Datafolha. **Folha de S.Paulo**, 19 maio 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/05/um-em-cada-quatro-usou-remedio-para-tratar-precocemente-ou-prevenir-covid-19-mostra-datafolha.shtml>. Acesso em: 30 abr. 2023.

BBC News Brasil. Gripezinha, cloroquina e 2 milhões de infectados: veja as falas de Bolsonaro em 143 dias de pandemia. **YouTube**, 16 jul. 2020. Disponível em:

https://www.youtube.com/watch?v=PQv_xbaNSjE. Acesso em: 5 jan. 2023.

BISNETO, Cícero Dantas; SANTOS, Romualdo Baptista dos; CAVET, Caroline Amadori. Responsabilidade civil do Estado por omissão e por incitação na pandemia da COVID-19.

Revista IBERC, v. 3, n. 2, p. 71-92, maio/ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.37963/iberc.v3i2.111>. Disponível em: <https://revistaiberc.responsabilidadecivil.org/iberc/article/view/111/88>. Acesso em: 8 set. 2023.

BITTENCOURT, Gisele Hatschbach. Considerações sobre a teoria do risco administrativo. **Migalhas**, 31 jan. 2007. Disponível em <https://www.migalhas.com.br/depeso/34657/consideracoes-sobre-a-teoria-do-risco-administrativo>. Acesso em: 30 maio 2023.

BOLSONARO diz que “poder destruidor” do coronavírus “está sendo dimensionado”. **G1**, 9 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/09/bolsonaro-diz-que-poder-destruidor-do-coronavirus-esta-sendo-superdimensionado.ghtml>. Acesso em: 30 jan. 2023.

BOLSONARO sobre vacina Pfizer: “Se você virar um jacaré, é problema seu”. **IstoÉ**, 18 dez. 2020. Disponível em: <https://istoe.com.br/bolsonaro-sobre-vacina-de-pfizer-se-voce- virar-um-jacare-e-problema-de-voce/>. Acesso em: 6 jan. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 8 set. 2023.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). ODS 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. **Cadernos ODS**. Brasília, 2019. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos_ODS_Objetivo_3_Assesurar%20uma%20vida%20saud%C3%A1vel%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf. Acesso em: 6 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 7 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 48p. *E-book*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. **Nota Técnica nº 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Brasília, abr. 2020b. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/gestantes-nota-tecnica-no-6-2020-cosmu-gcivi-dapes-saps-ms/>. Acesso em: 8 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. **Nota Técnica nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS** – Recomendações para o Trabalho de Parto, Parto e Puerpério durante a pandemia da COVID-19. Brasília, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação da Saúde da Mulher. **Nota Técnica nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/M**. Infecção COVID-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Brasília, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação da Saúde da Mulher. **Nota Técnica nº 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva no contexto da pandemia da covid-19. Brasília, 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/manual_assistencia_gestante.pdf. Acesso em: 8 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Nota Técnica – EXO-CD24 para COVID-19**. Cenário de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos para a Covid-19. Brasília, fev. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-exo-cd24-covid-19/view>. Acesso em: 7 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, v. 53, n. 20, maio 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>. Acesso em: 5 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, 2009a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em: 8 jan. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia** (Instituída pelos Requerimentos nºs 1.371 e 1.372 de 2021). Brasília, 2021b.

BRITO, Luciana Stoimenoff. **O arquivo de um sequestro: o homem mais antigo do Brasil**. 2016. 127f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

BRITO, Luciana; BORGES, Luna; FORTES, Pablo; GOMES, Andreia; NARCISO, Luciana; PALÁCIOS, Marisa; REGO, Sérgio; SANTOS, Sonia; SCHRAMM, Fermin Roland; THOME, Beatriz. Impactos Sociais da Covid-19: uma perspectiva sensível às desigualdades de gênero. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, 2020. 5p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41375>. Acesso em: 9 set. 2023.

CABRAL, Sandro; ITO, Nobuiuki; PONGELUPPE, Leandro. The Disastrous Effects of Leaders in Denial: Evidence from the COVID-19 Crisis in Brazil. **SSRN [preprint]**, 28 abr. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3836147>. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3836147. Acesso em: 6 set. 2023.

CANCIAN, Natália; CARVALHO, Daniel. Após pressão de Bolsonaro, Ministério da Saúde retira do ar nota técnica que cita acesso a aborto legal. **Folha de S.Paulo**, Brasília, 4 jun. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/apos-pressao-de-bolsonaro-ministerio-da-saude-retira-do-ar-nota-tecnica-que-cita-acesso-a-aborto-legal.shtml>. Acesso em: 30 maio 2023.

CASTRO, Rodrigo. Grávida morre de COVID-19 em Recife, e bebê sobrevive. **O Globo**, 6 abr. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/epoca/brasil/gravida-morre-de-covid-19-em-recife-bebe-sobrevive-24353787>. Acesso em: 30 abr. 2023.

CATOIA, Cinthia de Cassia; SEVERI, Fabiana Cristina; FIRMINO, Inara Flora Cipriano. Caso “Alyne Pimentel”: Violência de Gênero e Interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, p. 1-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/CNfnySYtXWTYbsc987D8n5S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 set. 2023.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **Alyne v. Brasil**: Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil. 2014. Disponível em: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2018/08/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10-24-14_FINAL.pdf. Acesso em: 3 jun. 2023.

CEPAL. **Panorama Social da América Latina 2020**, (LC/PUB.2021/3-P). Nações Unidas/CEPAL: Santiago, 2021.

CEPEDISA; CONECTAS. **Boletim n. 10**: Direitos na Pandemia. Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil. São Paulo, 20 jan. 2021.

CFOAB. Comissão Especial para análise e sugestões de medidas ao enfrentamento da pandemia do coronavírus. Parecer. **Estruturas de responsabilização criminal do Presidente da República**. 2021.

CHEN, Lian; LI, Qin; ZHENG, Danni; JIANG, Hai; WEI, Yuan; ZOU, Li; FENG, Ling; XIONG, Guoping; SUN, Guoqiang; WANG, Haibo; ZHAO, Yangyu; QIAO, Jie. Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. *The New England Journal of Medicine*. 17 abr. 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2009226>. Acesso em: 8 set. 2023.

COELHO, Rony; MREJEN, Matías; REMÉDIOS, Jéssica; CAMPOS, Gisele. Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. Nota Técnica n. 27. **IEPS**. São Paulo, 17 ago. 2022.

CONCEIÇÃO, Lemes. Alerte Martins: A morte materna invisível das mulheres negras. **Portal Geledés**, 24 fev. 2012. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/alaerte-martins-a-morte-materna-invisivel-das-mulheres-negras/>. Acesso em: 5 maio 2023.

COOK, Rebecca J. Direitos Humanos e Mortalidade Materna: Explorando a Eficácia da Decisão do Caso Alynne. Tradução de Maria Elvira Vieira de Mello e Beatriz Galli. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 41, n. 1, p. 103-123, 2013.

CORONAVÍRUS: gestante morre de COVID-19 e bebê é retirado com vida em PE. **IstoÉ**, 6 abr. 2020. Disponível em: <https://istoe.com.br/coronavirus-gestante-morre-de-covid-19-e-bebe-e-retirado-com-vida-em-pe/>. Acesso em: 30 abr. 2023.

COSTA, Elaine da Silva; OLIVEIRA, Rosemary Baima de; LOPES, Graciana de Sousa. As principais causas de morte maternas entre mulheres no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5826, 31 jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5826.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5826>. Acesso em: 7 set. 2023.

COSTA, Ilton Garcia da; DUARTE, Ronaldo Sergio. Responsabilidade do Estado na efetivação dos direitos sociais: uma perspectiva pós-pandemia através da teoria da justiça de Rawls. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v. 16, n. 2, 2. quadrimestre de 2021. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/2022_Periodicos/Rev-Elet-Dir-Politica_v.16_n.2.pdf. Acesso em: 7 set. 2023.

COVID apenas encurtou vida de vítimas por alguns dias ou semanas, diz Bolsonaro a alemães. **Folha de S.Paulo**, 23 set. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/09/covid-apenas-encurtou-vida-de-vitimas-por-alguns-dias-ou-semanas-diz-bolsonaro-a-alemaes.shtml>. Acesso em: 6 jan. 2023.

COVID-19 in Brazil: "So what?". **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461, 9 maio 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31095-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31095-3/fulltext). Acesso em: 5 fev. 2023.

COVID-19: morre primeira gestante em Pernambuco. **CBN Recife**, Recife, 6 abr. 2020. Disponível em: <https://www.cbnrecife.com/artigo/vitima-da-covid-19-falece-primeira-gestante-em-pernambuco>. Acesso em: 30 abr. 2023.

CPIs – Brasil poderia ter sido primeiro do mundo a vacinar, afirma Dimas Covas à CPI. **Agência Senado**, 27 maio 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/27/brasil-poderia-ter-sido-primeiro-do-mundo-a-vacinar-afirma-dimas-covas-a-cpi>. Acesso em: 10 jan. 2023.

DEJONG, Colette; WACHTER, Robert M. The Risks of Prescribing Hydroxychloroquine for Treatment of COVID-19 – First, Do No Harm. **JAMA Intern Med.**, v. 180, n. 8, p. 1118-

1119, 2020. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.1853. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2765360>. Acesso em: 5 abr. 2023.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 36. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023.

DIGGINS, Jennifer; MILLS, Elizabeth. The Pathology of Inequality: Gender and Ebola in West Africa. **IDS Practice Paper in Brief 23**, Brighton, 2015. Disponível em: <https://www.ids.ac.uk/publications/the-pathology-of-inequality-gender-and-ebola-in-west-africa/>. Acesso em: 10 maio 2023.

DINIZ, Debora. Banquinha | Pesquisa ativista, engajada ou militante? **YouTube**, 27 set. 2021b. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=iQastQRpXhA>. Acesso em: 8 set. 2023.

DINIZ, Debora. Ela, Zefinha – o nome do abandono. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2667-2674, 2015.

DINIZ, Debora. Etnografia e políticas da vida – introdução. *In*: DIDIER, Fassin. **Didier Fassin: entrevistado por Debora Diniz**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016a. p. 7-30.

DINIZ, Debora. GEBARA, Ivone. **Esperança feminista**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2022. *E-book*.

DINIZ, Debora. Há pesquisa neutra ou imparcial? Se não há, o que fazer para ser ouvida para a transformação social? **YouTube**, 27 set. 2021a. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uzQSITGjA08&t=805s>. Acesso em: 8 set. 2023.

DINIZ, Debora. Perspectivas e articulações de uma pesquisa feminista. *In*: STEVENS, Cristina Maria Teixeira; OLIVEIRA, Susane Rodrigues de; ZANELLO, Valeska (Orgs.). **Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas**. Florianópolis: Ilha de Santa Catarina Mulheres, 2014. p. 11-21. *E-book*.

DINIZ, Debora. Testemunho e palavra verdadeira em Paulo Freire. *In*: FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021c.

DINIZ, Debora. **Zika: do sertão nordestino à ameaça global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016b.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.113-129, jan./mar. 2016.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana; RONDON, Gabriela. Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: Preliminary findings of a qualitative study. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 10, n. 100239, jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100239>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X22000564?via%3Dihub>. Acesso em: 3 abr. 2023.

DINIZ, Debora; CARINO, Giselle. Saúde reprodutiva e a COVID-19: o escândalo da morte materna. Opinião. **El País**, 17 maio 2020. Disponível em: https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-05-17/saude-reprodutiva-e-a-covid-19-o-escandalo-da-morte-materna.html?event_log=oklogin?event_log=oklogin. Acesso em: 9 set. 2023.

DINIZ, Debora; COSTA, Bruna Santos; GUMIERI, Sinara. Nomear feminicídio: conhecer, simbolizar e punir. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**: RBCCrim, São Paulo, v. 23, n. 114, p. 225-239, maio/jun. 2015.

DOADA por Trump e sem eficácia comprovada, cloroquina encalha pelo Brasil. **Exame**, 2 mar. 2021. Disponível em: <https://exame.com/brasil/doadada-por-trump-e-sem-eficacia-comprovada-cloroquina-encalha-pelo-brasil/>. Acesso em: 30 maio 2023.

DOIS momentos em que Bolsonaro chamou covid-19 de “gripezinha”, o que agora nega. **BBC News Brasil**, 27 nov. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>. Acesso em: 6 jan. 2023.

ENTINI, Carlos Eduardo. Depoimento: “Comprava tranquilamente uma ou duas caixas de cloroquina, mas tudo mudou”. **Estadão**, 26 mar. 2020. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/saude/depoimento-comecei-a-percorrer-as-farmacias-atras-da-hidroxicloroquina/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

FARGE, Arlette. **O sabor do arquivo**. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2022.

FASSIN, Didier. **Didier Fassin**: entrevistado por Debora Diniz. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016.

FAVARETTO, Caio; DEL NERO, Glauter. Hidroxicloroquina e prescrição *off label*: o caso COVID-19 no Brasil. In: ALVIM, Arruda; MELLO, Cecília; RODRIGUES, Daniel Colnago; ALVIM, Thereza (Orgs.). **Direito médico**: aspectos éticos e processuais. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021. p. 39-58.

FDA. **Frequently Asked Questions on the Revocation of the Emergency Use Authorization for Hydroxychloroquine Sulfate and Chloroquine Phosphate**. 19 jun. 2020a. Disponível em: <https://www.fda.gov/media/138946/download>. Acesso em: 5 maio 2023.

FDA. **Memorandum Explaining Basis for Revocation of Emergency Use Authorization for Emergency Use of Chloroquine Phosphate and Hydroxychloroquine Sulfate**. 15 jun. 2020b. Disponível em: <https://www.fda.gov/media/138945/download>. Acesso em: 5 maio 2023.

FERIGATO, Sabrina; FERNANDEZ, Michelle; AMORIM, Melania; AMBROGI, Ilana; FERNANDES, Luísa M. M.; PACHECO, Rafaela. The Brazilian Government’s mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10263, p. 1636, 21 nov. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32164-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32164-4). Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932164-4>. Acesso em: 6 set. 2023.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens: COVID-19 e Gestação**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/coronavirus-gestacao/>. Acesso em: 8 set. 2023.

FMUSP; FIOCRUZ. **Principais Questões sobre COVID-19 e Morbidade Materna Grave**. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 27 ago. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-covid-19-e-morbidade-materna-grave/>. Acesso em: jan. 2023.

FONSECA, Pedro. Cloroquina dos EUA vai para laboratório do Exército ante resistência de estados. **CNN Brasil**, 24 jul. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/cloroquina-dos-eua-vai-para-laboratorio-do-exercito-ante-resistencia-de-estados/>. Acesso em: 30 maio 2023.

FOUCAULT, Michel. A vida dos homens infames. In: _____. **Estratégia, poder-saber**. Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 203-222.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). Martins Fontes: São Paulo, 2006.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; LACERDA, Lucas; RODRIGUES, Agatha S. Obstetric Observatory BRAZIL – COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. **Clinics**, São Paulo, v. 76, n. e3120, maio 2021. DOI: 10.6061/clinics/2021/e3120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/YrcJPqKqrxqj3r8j4ddsKD/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 8 set. 2023.

FREITAS-JÚNIOR, Reginaldo Antônio de Oliveira. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 2, p. 615-622, abr./jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jdXwst5w4p8jdY4DFstbT5b/?lang=en>. Acesso em: 8 set. 2023.

FURLAN, Leonardo; CARAMELLI, Bruno. The regrettable story of the “Covid Kit” and the “Early Treatment of Covid-19” in Brazil. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 4, n. 100089, dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100089>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21000855?via%3Dihub>. Acesso em: 8 set. 2023.

GARCIA, Gustavo; GOMES, Pedro Henrique; VIANA, Hamanda. “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?”, diz Bolsonaro sobre mortes por coronavírus; “Sou Messias, mas não faço milagre”. **G1**, Brasília, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/28/e-dai-lamento-quer-que-eu-faca-o-que-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-coronavirus-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 5 fev. 2023.

GRÁVIDA morre por coronavírus em PE; médicos tentam salvar bebê. **Metrópoles**, 6 abr. 2020. Disponível em: <https://www.metrosoles.com/saude/gravida-morre-por-coronavirus-em-pe-medicos-tentam-salvar-bebe>. Acesso em: 30 abr. 2023.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça; REIS, Lenice Gnocchi Costa; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes; MAGLUTA, Cynthia; FREITAS, Carlos Machado de; PORTELA, Margareth Chrisostomo. Tracking excess of maternal deaths associated with COVID-19 in Brazil: a nationwide analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 22, p. 1-7, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05338-y>. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-05338-y#citeas>. Acesso em: 6 set. 2023.

hooks, beel. **Understanding Patriarchy**. Texto originalmente publicado por Whashington Square Press em dezembro de 2004. Versão publicada por Louisville Radical Lending Library (2010). Disponível em <https://imagineborders.org/pdf/zines/UnderstandingPatriarchy.pdf>. Acesso em junho de 2023.

IDOETA, Paula Adamo. A história de Bolsonaro com a hidroxiclороquina em 6 pontos: de tuítes de Trump à CPI da Covid. **BBC News Brasil**, São Paulo, 21 maio 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743>. Acesso em: 30 maio 2023.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de direito administrativo**. 10. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

KADIWAR, Suraj; SMITH, Jonathan J; LEDOT, Stephane; JOHNSON, Mark; BIANCHI, Paolo; SINGH, Natasha; MONTANARO, Claudia; GATZOULIS, Michael; SHAH, Nishel; UKOR, Emem-Fong. Were pregnant women more affected by COVID-19 in the second wave of the pandemic? **The Lancet**, v. 397, n. 10284, p. 1539-1540, abr. 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00716-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00716-9). Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900716-9>. Acesso em: 8 set. 2023.

KHAN, S.; JUN, L.; SIDDIQUE, R.; LI, Y.; HAN, G.; XUE, M.; NABI, G.; LIU, J. Association of COVID-19 with pregnancy outcomes in health-care workers and general women. **European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases**, v. 26, n. 6, p. 788-790, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.03.034>. Disponível em: <https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/action/showPdf?pii=S1198-743X%2820%2930180-4>. Acesso em: 7 set. 2023.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2004000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/HbTs3kb367HZtTrcFDr7y/>. Acesso em: 7 set. 2023.

LEAL, Lisiane Freitas; MALTA, Deborah Carvalho; SOUZA, Maria de Fatima Marinho; VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; TEIXEIRA, Renato Azeredo; VELOSO, Guilherme Augusto; LANSKY, Sônia; RIBEIRO, Antonio Luiz Pinho; FRANÇA, Giovanni, Vinícius Araújo de; NAGHAVI, Mohsen. Maternal Mortality in Brazil, 1990 to 2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279->

[2021.10752021](https://doi.org/10.1075/2021). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/RJxLnTJJPQbRbRHdRMmjkgv/>. Acesso em: 7 set. 2023.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; CARMO, Cleber Nascimento do; SANTOS, Ricardo Ventura. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2023.

LINDNER, Julia; PORTINARI, Natália. Governo Bolsonaro atuou 84 vezes no exterior por produção de cloroquina, apontam telegramas do Itamaraty. **O Globo**, 20 jun. 2021.

Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/governo-bolsonaro-atuou-84-vezes-no-externo-por-producao-de-cloroquina-apontam-telegramas-do-itamaraty-25069556>. Acesso em: 5 maio 2023.

LOKOT, Michelle; AVAKYAN, Yeva. Intersectionality as a lens to the COVID-19 pandemic: implications for sexual and reproductive health in development and humanitarian contexts. **Sexual And Reproductive Health Matters**, v. 28, n. 1, p. 40-43, 2020. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2020.1764748>. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1764748>. Acesso em: 8 set. 2023.

LUCAS, D. Nuala.; BAMBER, James. H. Pandemics and maternal health: the indirect effects of COVID-19. **Anaesthesia**, v. 76, n. 4, p. 69-75, abr. 2021. DOI:

<https://doi.org/10.1111/anae.15408>. Disponível em: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.15408>. Acesso em: 8 set. 2023.

LUO, Yongwen; YIN, Kai. Management of pregnant women infected with COVID-19. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 5, p. 513-514, maio 2020. DOI:

[https://doi.org/10.1016%2FS1473-3099\(20\)30191-2](https://doi.org/10.1016%2FS1473-3099(20)30191-2). Disponível em:

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2820%2930191-2>. Acesso em: 8 set. 2023.

MACHADO, Rogério Bonassi. Anticoncepção durante a pandemia por COVID-19. Posição da Comissão Nacional de Anticoncepção da Febrasgo. **Febrasgo**, 9 abr. 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1002-anticoncepcao-durante-a-pandemia-por-covid-19#:~:text=A%20orienta%C3%A7%C3%A3o%20inicial%20inclui%20a,ser%20realizado%20da%20mesma%20forma>.

Acesso em: 15 mar. 2023.

MADEIRO, Carlos. Gestante morre por covid-19 em Recife; bebê é retirado com vida e vai à UTI. **UOL**, Maceió, 5 abr. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/05/gestante-morre-por-covid-19-em-recife-bebe-e-retirado-com-vida-e-vai-a-uti.htm>. Acesso em: 30 abr. 2023.

MAFRA, Julia Soares; SILVA, Maria Eduarda Vieira Schug da; SCHLICKMANN, Rafaela Borgo Koch. A responsabilidade civil do Estado por omissão no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil. **Ponto de Vista Jurídico**, v. 10, n. 1, p. 110-120, jan./jun. 2021.

MARIO, Débora Nunes; RIGO, Lilian; BOCLIN, Karine de Lima Sório; MALVESTIO, Lygia Maria Mouri; ANZILIERO, Deniz; HORTA, Bernardo Lessa; WEHRMEISTER, Fernando César; MARTÍNEZ-MESA, Jeovany. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d46t6kHLtRQrpjK3GqtdGnH/?lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2023.

MARQUES, Jessica. “Eu não sou covheiro”: frase de Bolsonaro durante a pandemia viraliza em resposta ao “luto” de seus apoiadores. **O Globo**, Rio de Janeiro, 31 out. 2022. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/blogs/sonar-a-escuta-das-redes/post/2022/10/eu-nao-sou-coveiro-frase-de-bolsonaro-durante-pandemia-viraliza-em-resposta-ao-luto-de-seus-apoiadores.ghtml>. Acesso em: 6 jan. 2023.

MAZUI, Guilherme; PINHEIRO, Lara; GARCIA, Mariana. Vacina “não está comprovada cientificamente”, diz Bolsonaro, contrariando o que disse a Anvisa e as provas obtidas por cientistas. **G1**, Brasília, 22 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/01/22/vacina-nao-esta-comprovada-cientificamente-diz-bolsonaro-contrariando-o-que-disse-a-anvisa-e-as-provas-obtidas-por-cientistas.ghtml>. Acesso em: 6 jan. 2023.

MENDES, Soraia da Rosa. **Femicídio de Estado: a misoginia bolsonarista e as mortes de mulheres por covid-19**. São Paulo: Blimunda, 2021. *E-book*.

MOTTA, Caio Tavares; MOREIRA, Marcelo Rasga. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4397-4409, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pPdjk3DDSH6B8c5X3TNsKy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2023.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; AMORIM, Melania Maria Ramos; PACAGNELLA, Rodolfo de Carvalho; TAKEMOTO, Maira Libertad Soligo; PENSO, Fatima Cristina Cunha; REZENDE-FILHO, Jorge de; LEAL, Maria do Carmo. COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. **Femina**, v. 48, n. 8, p. 496-498, 2020a.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; ANDREUCCI, Carla Betina; MENEZES, Mariane de Oliveira; KNOBEL, Roxana; TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo. Worldwide maternal deaths due to COVID-19: A brief review. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 148-150, out. 2020b. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13328>. Acesso em: 8 set. 2023.

NOTA OFICIAL de alerta às mortes maternas associadas à COVID-19. **Febrasgo**, 18 jul. 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1067-nota-oficial-de-alerta-as-mortes-maternas-associadas-a-covid-19>. Acesso em abril de 2020.

NUNES, Eduarda Porto. **A responsabilidade civil do Estado por omissão diante da pandemia de coronavírus**. 2021. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/228228>. Acesso em: 8 set. 2023.

OLIVA, Gabriela. Coronavírus: desaparecimento da cloroquina das farmácias do Rio preocupa pacientes usuários de medicamentos. **O Globo**, Rio de Janeiro, 2 mar. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus-servico/coronavirus-desaparecimento-da-cloroquina-das-farmacias-do-rio-preocupa-pacientes-usuarios-de-medicamentos-24318959#:~:text=Para%20coibir%20o%20desabastecimento%2C%20a,que%20pessoas%20comprem%20sem%20necessidade>. Acesso em: 15 fev. 2023.

OMS. Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 – Interim Who Solidarity Trial Results. **The New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 6, p. 497-511, fev. 2021. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2023184?articleTools=true>. Acesso em: 8 set. 2023.

OMS. Seventy-Third World Health Assembly. **COVID-19 response**, 19 maio 2020. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf. Acesso em: 8 set. 2023.

OMS. **WHO coronavirus (COVID-19) dashboard**, 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 30 jul. 2023.

ONU. General Assembly. **Resolution 70/1**. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf. Acesso em: 7 set. 2023.

ONU. **The Impact of COVID-19 on Women**. Policy Brief. 2020. Disponível em: <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2020/06/report/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en-1.pdf>. Acesso em: 8 set. 2023.

OOBr. **Óbitos de Gestantes e Puérperas**, 2022. Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/obitos-grav-puerp/>. Acesso em: 7 set. 2023.

OPAS. **Atualização epidemiológica COVID-19 durante a gestação**. 13 ago. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52779/OPASBRAPHECOVID-1920115_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 7 set. 2023.

OPAS. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. Brasília: Publicação da OPAS, 2002.

OPAS. **Zero Mortes Maternas. Evitar o evitável**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/zero-mortes-maternas-evitar-evitavel#:~:text=9%20em%20cada%2010%20mortes,desigualdades%20no%20acesso%20%C3%A0%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 5 ago. 2023.

ORELLANA, Jesem; JACQUES, Nadège; LEVENTHAL, Daniel Gray Paschoal; MARRERO, Lihsieh; MORÓN-DUARTE, Lina Sofía. Excess maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. **PLoS ONE**, v. 17, n. 10, p. 1-15, out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275333>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0275333>. Acesso em: 6 set. 2023.

PARIS, Mariana Silvino. **Responsabilidade e reparação**: testemunho sobre um caso de morte materna na Pandemia de Covid-19 no Brasil. 2022. 96 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

PARIS, Mariana; AMBROGI, Ilana. Mortalidade materna no Brasil revela racismo estrutural e necessidade de descriminalização do aborto. **Portal Catarinas**, 30 jun. 2023. Disponível em: <https://catarinhas.info/mortalidade-materna-no-brasil-revela-racismo-estrutural-e-necessidade-de-descriminalizacao-do-aborto/>. Acesso em: 15 jul. 2023.

PENALVA, Janaína; NUNES, Amanda; SEABRA, Mariana. Regulação em telessaúde: o caso do aborto legal. **Jota**, 25 de abr. 2023. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/mulheres-na-regulacao/regulacao-em-telessaude-o-caso-do-aborto-legal-25042023>. Acesso em: 5 maio 2023.

PENALVA, Janaína; STELET, Bruno. Por políticas de saúde baseadas também em evidências sociais. **Nexo Jornal**, 1º maio 2020. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/ensaio/debate/2020/Por-pol%C3%ADticas-de-sa%C3%BAde-baseadas-tamb%C3%A9m-em-evid%C3%A4ncias-sociais>. Acesso em janeiro de 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Protocolo Clínico Epidemiológico do Novo Coronavírus (COVID-19)**. Versão n. 1. Pernambuco, fev. 2020. Disponível em: https://www.cievspe.com/_files/ugd/3293a8_a2cfe6867f424655a6bfba676908cc35.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

RASMUSSEN, Sonja A.; SMULIAN, John C.; LEDNICKY, John A.; WEN, Tony S.; JAMIESON, Denise J. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 222, n. 5, p. 415-426, maio 2020. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.02.017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7093856/pdf/main.pdf>. Acesso em: 7 set. 2023.

ROMA, Júlio César. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 71, n. 1, jan./mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602019000100011>. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252019000100011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 7 set. 2023.

RONDON, Gabriela; DINIZ, Debora; BENVINDO, Juliano Zaiden. Speaking truth to power: Legal scholars as survivors and witnesses of the Covid-19 maternal mortality in Brazil. **International Journal of Constitutional Law**, v. 20, n. 3, p. 1360-1369, jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/icon/moac066>. Disponível em: <https://academic.oup.com/icon/article-abstract/20/3/1360/6831869?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 5 fev. 2023.

SANTANA, Jackeline Caixeta. “**É só acrescentar mais uma palavra à Constituição**”: uma análise decolonial de discursos de autoridades do Poder Executivo Federal sobre aborto e suas repercussões para a garantia da interrupção legal da gestação (2019 – 2022). 2023. 197f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2023. DOI: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.39>. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/37830>. Acesso em: 8 set. 2023.

SANTOS, Debora de Souza; MENEZES, Mariane de Oliveira; ANDREUCCI, Carla Betina; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; KNOBEL, Roxana; KATZ, Leila; SALGADO, Heloisa de Oliveira; AMORIM, Melania Maria Ramos de; TAKEMOTO, Maira L. S.

Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. **Clinical Infectious Diseases**, v. 72, n. 11, p. 1-9, jul. 2020. DOI: 10.1093/cid/ciaa1066. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32719866/>. Acesso em: 5 fev. 2023.

SANTOS, Luna Borges Pereira. **Infanticida e castigo: moral e produção de verdade em um arquivo**. 2017. 93f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SCARDUA, O. F.; FREITAS, M.; FRANCISCO, R. P. V.; RODRIGUES, A. S. **Boletim Mensal do OOB**, 2022. DOI: <https://doi.org/10.7303/syn44142656>.

SEGATO, Rita. **Crítica da colonialidade em oito ensaios: e uma antropologia por demanda**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

SERRA, Fabiano Elisei; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; ROSSI, Patrícia de; BRIZOT, Maria de Lourdes; RODRIGUES, Agatha Sacramento. COVID-19 outcomes in hospitalized puerperal, pregnant, and neither pregnant nor puerperal women. **PLoS ONE**, v. 16, n. 11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259911>.

SMDH. **Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil**. Passo Fundo: Saluz, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5637637>.

SOARES, Ingrid. Bolsonaro diz que quer comprar spray anticovid-19 ainda em estudo.

Correio Braziliense, 11 fev. 2021. Disponível em:

<https://www.correio braziliense.com.br/politica/2021/02/4906167-bolsonaro-diz-que-quer-comprar-spray-contracovid-19-ainda-em-estudo.html>. Acesso em: 6 jan. 2023.

SOUSA, Rodrigo Rache de. **Responsabilidade civil do Estado por omissão na pandemia COVID-19**. 2021. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Santo Amaro, São Paulo, 2021. Disponível em:

<https://dspace.unisa.br/server/api/core/bitstreams/95fc2a7f-0049-4cd2-84bb-ab50272414a8/content>. Acesso em: 7 set. 2023.

SOUZA, Alex Sandro Rolland de; AMORIM, Melania Maria Ramos. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 1, p. S257-S261, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/R7MkrnCgdmyMpBcL7x77QZd/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 7 set. 2023.

SZWARCWALD, Célia Landmann; BOCCOLINI, Cristiano Siqueira; ALMEIDA, Wanessa da Silva de; SOARES FILHO, Adauto Martins; MALTA, Deborah Carvalho. COVID-19 mortality in Brazil, 2020-21: consequences of the pandemic inadequate management.

Archives of Public Health, v. 80, n. 255, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13690-022-01012-z>. Disponível em:

<https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-022-01012-z>. Acesso em: 8 set. 2023.

TAKEMOTO, Maira L. S.; MENEZES, Mariane de O.; ANDREUCCI, Carla B.; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; AMORIM, Melania M. R.; KATZ, Leila; KNOBEL, Roxana. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154-156, out. 2020b. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13300>. Acesso em: 8 set. 2023.

TAKEMOTO, Maira L. S.; MENEZES, Mariane O.; ANDREUCCI, Carla B.; KNOBEL, Roxana; SOUSA, Liduína A. R.; KATZ, Leila; FONSECA, Eduardo B.; MAGALHÃES, Claudia G.; OLIVEIRA, Wanderson K.; REZENDE-FILHO, Jorge; MELO, Adriana S. O.; AMORIM, Melania M. R. Maternal mortality and COVID-19. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 33, n. 12, p. 2355-2361, jun. 2020a. DOI: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1786056>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1786056>. Acesso em: 8 set. 2023.

TOLEDO, Marcelo; CICCI, Luís Cláudio. “Chega de frescura e mimimi, vão chorar até quando?”, diz Bolsonaro sobre pandemia. **Folha de S.Paulo**, 4 mar. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/chega-de-frescura-e-mimimi-va-chorar-ate-quando-diz-bolsonaro-sobre-pandemia.shtml>. Acesso em janeiro de 2023.

TRAPANI JÚNIOR, Alberto. VANHONI, Laura Rassi. MARCOLIN, Alessandra Cristina. SILVEIRA, Sheila Koettker. Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a Pandemia da COVID-19. **Febrasgo**, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19#:~:text=Em%20consultas%20de%20pronto%2Datendimento,logo%20no%20in%C3%ADcio%20do%20atendimento.&text=nenhum%20estudo%20at%C3%A9%20o%20momento,seguro%20em%20decorr%C3%Aancia%20da%20pandemia>. Acesso em: 15 fev. 2023.

UNFPA. **Sexual and Reproductive Health and Rights, Maternal and Newborn Health & COVID-19**. Coronavirus Disease (COVID-19) Preparedness and Response. UNFPA Interim Technical Brief. 23 mar. 2020a. Disponível em: <https://www.unfpa.org/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights-maternal-and-newborn-health-covid-19-0>. Acesso em: 8 set. 2023.

UNFPA. **COVID-19: A Gender Lens**: Protecting sexual and reproductive health and rights, and promoting gender equality. Technical Brief. New York, mar. 2020b. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.pdf. Acesso em: 8 set. 2023.

UNFPA. **Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil**. Nota técnica provisional. 27 abr. 2020c.

UOL. Bolsonaro: “Quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda, tubaína”. **YouTube**, 20 maio 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=un5RkpzjVCY>. Acesso em: 30 maio 2023.

VARGAS, Mateus. Aposta de Bolsonaro, hidroxicloroquina encalha e prefeituras querem devolução. **Estadão**, Brasília, 1º mar. 2021. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/saude/hidroxicloroquina-doadada-por-trump-encalha-no-brasil-cidade-com-maior-lote-usa-so-0-8/>. Acesso em: 30 maio 2023.

VEJA quais países iniciaram a vacinação contra a Covid-19; Brasil está fora. **CNN Brasil**, 24 dez. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/quais-os-paises-que-ja-comecaram-a-vacinacao-contra-a-covid-19/>. Acesso em: 5 jan. 2023.

VIANA, Rosana da Costa; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. Mortalidade Materna: uma abordagem atualizada. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 22, sup. 1, p. 141-152, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/136938>. Acesso em: 7 set. 2023.

WATANABE, Phillippe; PAMPLONA, Nicola. Pacientes que usam hidroxicloroquina já não acham o remédio em farmácias. **Folha de S.Paulo**, São Paulo e Rio de Janeiro, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/03/pacientes-que-usam-hidroxicloroquina-ja-nao-acham-o-remedio-em-farmacias.shtml>. Acesso em: 15 fev. 2023.

WENHAM, Clare; SMITH, Julia; MORGAN, Rosemary. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 846-848, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30526-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30526-2/fulltext). Acesso em: 8 set. 2023.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pz75jtgNC9HGRXZsDR75BnG/?lang=pt>. Acesso em: 5 abr. 2023.

ZAIGHAM, Mehreen; ANDERSSON, Ola. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 99, n. 7, p. 823-829, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13867>. Acesso em: 7 set. 2023.